

THE DHS PROGRAM

**ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES
DE SOINS DE SANTÉ**

PAYS ET ANNÉE

QUESTIONNAIRE D'INVENTAIRE DES STRUCTURES

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

001	NOM DE LA STRUCTURE	
002	LOCALISATION DE LA STRUCTURE (N°, RUE/AVENUE, QUARTIER/VILLAGE, COMMUNE/TERRITOIRE, VILLE/CITE)	
003	REGION/PROVINCE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
004	DISTRICT SANITAIRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
005	CODE DE LA STRUCTURE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
006	TYPE DE STRUCTURE SANITAIRE (SPECIFIQUE AU PAYS)	
	TYPE DE STRUCTURE 1	01
	TYPE DE STRUCTURE 2	02
	TYPE DE STRUCTURE 3	03
	TYPE DE STRUCTURE 4	04
	TYPE DE STRUCTURE 5	05
	TYPE DE STRUCTURE 6	06
	TYPE DE STRUCTURE 7	07
	TYPE DE STRUCTURE 8	08
	TYPE DE STRUCTURE 9	09
007	STATUT DE LA STRUCTURE (AUTORITE DE GESTION)	
	PUBLIQUE	1
	ONG/PRIVE SANS BUT LUCRATIF	2
	PRIVE LUCRATIF	3
	PRIVE CONFESIONNEL	4
008	URBAIN/RURAL	
	URBAIN	1
	RURAL	2
009	HOSPITALISATION SEULEMENT	
	OUI	1
	NON	2

VISITES D'ENQUÊTEURS(TRICES)

	1	2	3	VISITE FINALE
DATE	<hr/>	<hr/>	<hr/>	JOUR MOIS ANNEE CODE ENQUÊTEUR <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> RESULTAT <input type="checkbox"/>
NOM DE L'ENQUÊTEUR	<hr/>	<hr/>	<hr/>	
RESULTAT	<hr/>	<hr/>	<hr/>	RESULTAT <input type="checkbox"/>

CODES RESULTATS (RESULTAT FINAL):

- 1 : REMPLI POUR LA STRUCTURE
- 2 : REPONDANT NON DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE
- 3 : REPORTEE
- 4 : REFUS DE LA STRUCTURE
- 5 = PARTIELLEMENT REMPLI
- 6 : AUTRE _____

(SPECIFIER)

NOMBRE TOTAL D'INTERVIEWS DE PRESTATAIRES ET D'OBSERVATIONS

NOMBRE TOTAL DE PRESTATAIRES INTERVIEWES

Nombre total de patients reçus dans le service

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN CPN

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS EN PF

NOMBRE TOTAL D'OBSERVATIONS CONSULTATIONS ENFANTS MALADES

COORDONNEES GPS DE LA STRUCTURE

POSITIONNER LE GPS

- POSITIONNER LES DONNEES SUR LA LATITUDE ET LA LONGITUDE
- POSITIONNER EN DEGRE DECIMAL
- POSITIONNER LES DONNEES SUR WGS84

SE POSITIONNER A L'ENTREE DE LA STRUCTURE EN AYANT UNE VUE DEGAGEE DU CIEL

- 1 ALLUMER LE GPS ET ATTENDRE QUE LA PAGE SATELLITE INDIQUE "POSITION"
- 2 ATTENDRE 5 MINUTES
- 3 APPUYER SUR "MARK"
- 4 SELECTIONNER "LE NOMBRE DE WAYPOINT" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 5 ENTRER EN X-CARACTERE LE CODE/NUMERO DE LA STRUCTURE
- 6 SELECTIONNER "SAUVEGARDER" ET APPUYER SUR "ENTRER"
- 7 ALLER AU MENU PRINCIPAL, SELECTIONNER "WAYPOINT LIST" ET APPUYER SUR "ENTER"
- 8 SELECTIONNER VOTRE WAYPOINT
- 9 COPIER LES INFORMATIONS A PARTIR DE LA PAGE WAYPOINT
- 10 PRENDRE L'ALTITUDE

ASSUREZ-VOUS DE COPIER LE NOM DU WAYPOINT A PARTIR DE LA PAGE DE LA LISTE DU WAYPOINT POUR VERIFIER QUE VOUS ENTREZ L'INFORMATION CORRECTE SUR LE WAYPOINT SUR LE QUESTIONNAIRE

<p>010 NOM DU WAYPOINT (NUMERO DE LA STRUCTURE)</p> <p>011 HAUTEUR</p> <p>012 LATITUDE</p>	<p>NOM WAYPOINT</p> <p>HAUTEUR</p> <p>N/S a</p> <p>DEGRES/DECIM b</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>								
<p>013 LONGITUDE</p>		<p>E/O a</p> <p>DEGREES/DECIM b</p>	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100px;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						

CONSENTEMENT

IDENTIFIER LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA STRUCTURE OU L'AGENT DE SANTE EN CHARGE DES SERVICES ET AYANT LE GRADE LE PLUS ELEVE QUI EST PRESENT DANS LA STRUCTURE.

LIRE LA PRESENTATION SUIVANTE:

Bonjour! Mon nom est _____. Je travaille pour l'[AGENCE D'EXECUTION] dans une étude sur les structure. Cette étude est menée pour aider le gouvernement à être mieux informé sur les prestations des services de santé de [PAYS].

Je vais vous lire maintenant une déclaration expliquant l'étude.

Votre structure a été sélectionnée pour faire partie de cette étude. Nous vous poserons des questions sur divers services de santé. Les informations collectées dans votre structure pourront être utilisées par le Ministère de la Santé, les institutions qui soutiennent les services de santé de votre structure et les chercheurs, pour améliorer l'offre de services de santé ou pour mener des études plus poussées sur ces mêmes services.

Ni votre nom, celui de tout autre prestataire de santé qui participera à cette étude ne figurera dans la base de données ou dans un quelconque rapport; cependant, il y a un faible risque qu'un des répondants puisse être identifié par la suite. Nous sollicitons tout de même votre aide pour collecter les informations.

Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question ou d'interrompre l'interview à tout moment. Cependant nous espérons que vous répondrez aux questions, ce sera un bénéfice pour les services que vous dispensez et pour le pays.

S'il y a des questions pour lesquelles une autre personne est plus indiquée pour donner l'information, nous vous serions reconnaissants de nous mettre en contact avec cette personne afin de nous aider à collecter cette information.

Avez-vous des questions sur l'étude? Est-ce que je peux commencer l'interview?

				2	0	2
--	--	--	--	---	---	---

SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDICANT L'OBTENTION DU CONSENTEMENT

JOUR

MOIS

ANNEE

100	Puis-je commencer l'interview?	OUI 1 NON 2	→ ARRET										
101	HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<table><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td>.</td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr><tr><td>HEURES</td><td></td><td></td><td>MINUTES</td><td></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	HEURES			MINUTES		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	.	<input type="text"/>	<input type="text"/>									
HEURES			MINUTES										

EXPLIQUEZ AU REPONDANT(E) DES LE DEBUT DE L'INTERVIEW QU'IL Y AURA DES QUESTIONS SUR LES REUNIONS DE GESTION ET DES ACTIVITES POUR ASSURER LA QUALITE DES SERVICES. POUR CE NOUS AURONS BESOIN DE CONSULTER LES REGISTRES DE CES REUNIONS ET ACTIVITES. IL SERA ALORS IMPORTANT DE REUNIR TOUS LES REGISTRES DES REUNIONS DE GESTIONS ET DES ACTIVITES D'ASSURANCE QUALITE S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE AU LIEU DE L'INTERVIEW.

EXPLIQUEZ AUSSI QU'IL Y AURA UNE SECTION SUR LES STATISTIQUES DE SANTE (NOMBRE DES VISITES AMBULATOIRES ET DES HOSPITALISATIONS) POUR LE MOIS PASSE QUI EST COMPLET. IL SERA UTILE DE RASSEMBLER TOUTES CES INFORMATIONS. S'ILS NE SONT PAS DISPONIBLE AU LIEU D'INTERVIEW

ATTENTION!!!!

REMERCIER LE REPONDANT(E) A LA FIN DE CHAQUE SECTION OU SOUS SECTION AVANT DE CONTINUER AU POINT SUIVANT

MODULE 1: INFORMATIONS GENERALES - DISPOBILITE DES SERVICES				
SECTION 1: DISPOBILITE GENERALE DES SERVICES ET HOSPITALISATION				
DISPOBILITE DES SERVICES				
102	Est-ce que votre structure fournit les services de santé suivants? En d'autre termes est-ce qu'il y a un endroit où les patients peuvent recevoir les services suivants:	OUI	NON	FAIT
01	Services de vaccination infantile, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
02	Services de suivi de la croissance, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
03	Services de soins curatifs pour les enfants de moins de 5 ans, soit dans la structure ou dans la communauté	1	2	<input type="checkbox"/>
04	Services de planification familiale, y compris les méthodes modernes, les méthodes naturelles, la stérilisation chirurgicale féminine ou masculine.	1	2	<input type="checkbox"/>
05	Services de Consultations Prénatales (CPN)	1	2	<input type="checkbox"/>
06	Services de prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) soit avec les CPN, soit avec les services d'accouchement.	1	2	<input type="checkbox"/>
07	Services d'accouchement par voie basse	1	2	<input type="checkbox"/>
08	Services de diagnostic et/ou prise en charge du paludisme	1	2	<input type="checkbox"/>
09	Services de diagnostic et/ou le traitement des IST, en dehors du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
10	Services de diagnostic, traitement et/ou le suivi du traitement de la tuberculose.	1	2	<input type="checkbox"/>
11	Services de counseling et de dépistage du VIH	1	2	<input type="checkbox"/>
12	Services de prescription d'antirétroviraux contre le VIH/SIDA ou le suivi du traitement antirétroviral.	1	2	<input type="checkbox"/>
13	Soins et soutien des personnes vivant avec le VIH/SIDA, y compris le traitement des infections opportunistes et la fourniture de soins palliatifs	1	2	<input type="checkbox"/>
14	Services de diagnostic ou de prise en charge des maladies non transmissibles, telles que le diabète les maladies cardiovasculaires, et les troubles respiratoires chroniques chez l'adulte	1	2	<input type="checkbox"/>
15	Services de petite chirurgie, telle que les incisions et le drainage des abcès, et les sutures ou lacerations qui ne nécessite pas l'utilisation du bloc opératoire?	1	2	<input type="checkbox"/>
16	Service d'accouchement par cesarienne	1	2	<input type="checkbox"/>
17	Services de laboratoire pour le diagnostic, y compris tout test de diagnostic rapide.	1	2	<input type="checkbox"/>
18	Services d'analyse des groupes sanguins	1	2	<input type="checkbox"/>
19	Services de transfusion sanguine	1	2	<input type="checkbox"/>

SERVICES D'HOSPITALISATION

110	Est-ce que cette structure admet des patients pour hospitalisation?	OUI. 1 NON 2	→ 112
111	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED en observation pour la nuit?	OUI. 1 NON 2	→ 200
112	De combien de lits dispose au total cette structure pour l'observation ou l'hospitalisation, pour les adultes et les enfants, en excluant les lits des services accouchement et maternité ?	NOMBRE DE LITS D'OBSERVATION / D'HOSPITALISATION NSP 998	

SECTION 2: QUESTIONS FILTRES

STERILISATION DES INSTRUMENTS

200	J'ai quelques questions concernant la procedure de sterilisation des instruments metalique comme les speculums, pinces ou autres instruments metalique qui sont utilises dans cette structure. Sterilisez-vous les instruments metaliques dans cette structure?	OUI. 1 NON 2	→ 210
201	Est ce que la sterilisation est faite sur place, en dehors de cette structure ou bien les deux?	SEULEMENT DANS CETTE STRUCTURE 1 SUR PLACE ET EN DEHORS 2 SEULEMENT EN DEHORS 3	

STOCKAGES DES MEDICAMENTS

210	Est-ce que cette structure stocke des medicaments (y compris les ARV), les vaccins ou des produits contraceptifs? SONDER	OUI. 1 NON 2	→ 300
211	VERIFIEZ Q102.04 OFFRE DE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF)	<input type="checkbox"/> PAS D'OFFRE DE SERVICE DE PLANIFICATION FAMILIALE (PF) <input type="checkbox"/>	→ 213
212	Est ce que les produits contraceptifs sont stockés dans le service de PF ou dans la pharmocie avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE DE PF 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 PRODUITS/PF NON STOCKES 3	
213	VERIFIEZ Q102.10 OFFRE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC)	<input type="checkbox"/> PAS D'OFFRE DE SERVICE DE TUBERCULOSE (TBC) <input type="checkbox"/>	→ 215
214	Est ce que les médicaments pour le traitement de la tuberculose sont stockés dans le service ou dans la pharmacie avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ANTI TBC NON STOCKES 3	
215	VERIFIEZ Q102.12 ET Q102.6 FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV OU PTME	<input type="checkbox"/> PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE TRAITEMENT ARV NI DE PTME <input type="checkbox"/>	→ 300
216	Est ce que les ARV pour le traitement du VIH/SIDA sont stockés dans le service ou dans la pharmacie avec les autres médicaments?	STOCKES DANS LE SERVICE TAR 1 AVEC LES AUTRES MEDICAMENTS 2 MEDICAMENTS ARV NON STOCKES 3 STOCKES DANS LE SERVICE PTME 4 STOCKES DANS LE SERVICE PTME ET TAR 5	

MODULE 2: DISPONIBILITE DU SERVICE GENERAL

SECTION 3: DISPONIBILITE DES SERVICES DE GARDE 24H/24 - INFRASTRUCTURE SUPERVISION EXTERNE - FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

DISPONIBILITE DES SERVICES DE GARDE 24H/24

300	Est-ce qu'il y a un prestataire de santé qui est de garde soit dans cette structure soit sur appel (24H/24H) pour prendre en charge les urgences?	OUI, PRESTATAIRE 24H/24..... 1 NON, PAS DE PRESTATAIRE 24H/24. 2	→ 310
301	Est-ce qu'il y a un roulement (horaire) de garde du personnel/ permanences qui couvre 24H?	OUI 1 NON 2	→ 310
302	Puis-je voir votre horaire de garde avec les permanences couvrant 24H?	PERMANENCES OBSERVEES..... 1 PERMANENCES RAPPORTEES PAS VU 2	

COMMUNICATION

310	Est-ce que cette structure a un téléphone fixe qui permet d'appeler l'exterieur durant les heures de service ? PRECISER QUE SI LA STRUCTURE OFFRE DES SERVICES 24/24 POUR LES URGENCES, CELA SIGNIFIE AUSSI UNE DISPONIBILITE DU TELEPHONE 24/24.	OUI..... 1 NON 2	→ 313
311	Puis-je voir le téléphone fixe?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
312	Est-ce que Le téléphone est fonctionnel ? VEUILLEZ ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI..... 1 NON 2	
313	Est-ce que la structure dispose d'un téléphone portable ou un telephone portable personnel pris en charge par la structure ?	OUI..... 1 NON 2	→ 316
314	Puis-je voir ce téléphone	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
315	Est-ce qu'il est en etat de fonctionnement? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI..... 1 NON 2	
316	Est-ce que cette structure dispose d'un émetteur-radio à ondes courtes (phonie ou motorola) pour les appels radio?	OUI..... 1 NON 2	→ 319
317	Puis-je voir cet émetteur-radio à ondes courtes?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
318	Est-ce qu'il est en etat de fonctionnement? ACCEPTEZ UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI..... 1 NON 2	
319	Est-ce que cette structure dispose d'un ordinateur?	OUI..... 1 NON 2	→ 322
320	Puis-je voir cet ordinateur?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
321	Est-ce qu'il est en etat de fonctionnement? ACCEPTEZ UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI..... 1 NON 2	
322	Est-ce qu'il y a une connexion internet au sein de la structure ? ACCEPTEZ UNE REPONSE RAPPORTEE.	OUI..... 1 NON 2	→ 330
323	Durant les jours où les services sont offerts, est-ce que la connexion internet est régulierement disponible pendant au moins 2 heures? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE.	OUI..... 1 NON 2	

SOURCES D'APPROVISIONNEMENT EN EAU

330	<p>Quelle est actuellement la source principale d'approvisionnement en eau pour la structure ?</p> <p>OBSERVER SI L'EAU EST DISPONIBLE A PARTIR DE LA SOURCE OU BIEN DANS LA STRUCTURE, LE JOUR DE LA VISITE. PAR EXEMPLE VERIFIER SI L'EAU SORT DU ROBINET</p>	<p>ROBINET DANS LE BATIMENT 01 ROBINET DANS LA COUR 02 BORNE FONTAINE PUBLIC 03 PUITS-CITERNE/FORAGE 04 PUITS PROTEGE 05 PUITS NON PROTEGE 06 SOURCE PROTEGEE 07 SOURCE NON PROTEGEI 08 EAU DE PLUIES 09 EAU EN BOUTEILLE 10 CHARRETTE/BROUETTE/CAMION AVEC RESERVOIR/FÛT 11 CAMION CITERNE 12 EAU DE SURFACE (RIVIERE/BARRAGE/LAC/ETANG) 13 AUTRE (A SPECIFIER) 96 NSP 98 PAS D'APPROVISIONNEMENT EN EAU 00</p>	332
			340
331	Est-ce que l'approvisionnement en eau à partir de cette source est disponible au sein de la structure même, à 500 mètres, ou au delà de 500 mètres de la structure ? UNE REPONSE RAPPORTEE EST ACCEPTABLE	AU SEIN DE LA STRUCTURE 1 A MOINS DE 500M DE LA STRUCTURE 2 AU DELA DE 500M DE LA STRUCTURE 3	
332	Est-ce qu'il y a d'habitude une période de l'année où il y a une pénurie ou un manque d'eau dans la structure?	OUI 1 NON 2	

APPROVISIONNEMENT EN ELECTRICITE

340	<p>Est-ce que cette structure est connectée a l'électricité centrale?</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	342
341	<p>Au cours des 7 derniers jours, est-ce qu'il y avait de l'électricité (en dehors d'un generateur de secours) durant les heures de service, ou bien y a-t-il eu à un moment une coupure d'électricité pendant plus de deux heures?</p> <p>CONSIDERER QUE L'ELECTRICITE EST TOUJOURS DISPONIBLE S'IL Y A EU A UN MOMENT UNE COUPURE DE MOINS DE 2 HEURES</p>	<p>TOUJOURS DISPONIBLE 1 COUPURES PARFOIS 2 NSP 8</p>	
342	Est-ce que cette structure dispose d'autres sources d'approvisionnement en électricité, comme par exemple un groupe électrogène ou un système solaire?	OUI 1 NON 2	350
343	<p>Quelle autre source d'électricité possède cette structure? SONDER ET ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE</p>	<p>GROUPE ELECTROGENE A BATTERIE AVEC CONVERTISSEUR B PANEAU SOLAIRE C</p>	
344	<p>VERIFIEZ Q343</p> <p>SOURCE UTILISEE (SOIT "A" OU "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>SOURCE PAS UTILISEE (NI "A" NI "B" ENCERCLE) <input type="checkbox"/></p>	350
345	<p>Es-ce que la source utilisée est en etat de fonctionnement?</p> <p>ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REPONDANT BIEN INFORME.</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	350
346	<p>Est-ce qu'il y a aujourd'hui du carburant (ou une batterie chargée) disponible pour le générateur?</p> <p>ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE DONNEE PAR UN REPONDANT BIEN INFORME.</p>	<p>OUI 1 NON 2 NSP 8</p>	

SUPERVISION EXTERNE

350	Est-ce que cette structure reçoit une mission de supervision, venant par exemple du district, de la région, ou du niveau central?	OUI.....1 NON.....2	→ 360
351	A quand remonte la dernière visite d'un superviseur externe dans la structure ? Est-ce au cours des 6 derniers mois ou bien il y a plus de 6 mois?	AU COURS DES 6 DERNIERS MOIS . 1 IL Y A PLUS DE 6 MOIS.....2	→ 360
352	La dernière fois qu'un superviseur a visité la structure au cours des 6 derniers mois, est-ce qu'il/elle a fait l'une des choses suivantes	OUI	NON
01	Utiliser une liste de contrôle pour évaluer la qualité des données sanitaires disponibles?	1	2
02	Discuter de la performance de la structure en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1	2
03	Aider la structure à prendre une décision en se basant sur les données sanitaires disponibles?	1	2

FRAIS MEDICAUX - SOURCES DE REVENUS

360	Est-ce que les patients paient habituellement des frais médicaux pour accéder aux services?	OUI.....1 NON.....2	→ 370
361	Quel est le mode de tarification utilisée ? SONDER.	TARIFICATION FORFAITAIRE 1 TARIFICATION PAR ACTE 2 LES DEUX 3	→ 363
362	Est-ce que la structure a établit des frais médicaux à payer pour les éléments suivants: LIRE A HAUTE VOIX CHAQUE CATEGORIE DE REPONSE ET ENCLER LA REPONSE QUI S'APPLIQUE	OUI	NON
01	CARNET DE SANTE	1	2
02	FICHE DE CONSULTATION	1	2
03	CONSULTATION	1	2
04	MEDICAMENTS	1	2
05	VACCINS	1	2
06	PRODUITS CONTRACEPTIFS	1	2
07	ACCOUCHEMENTS NORMAUX	1	2
08	SERINGUES ET AIGUILLES	1	2
09	CESARIENNE	1	2
10	TEST DEPISTAGE VIH	1	2
11	TEST DE DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1	2
12	GOUTE EPAISSE	1	2
13	AUTRES TESTS DE LABORATOIRE	1	2
14	ARV POUR TRAITEMENT	1	2
15	ARV POUR PTME	1	2
16	ACTES DE CHIRURGIE MINEURE	1	2

363	Est-ce que les tarifs officiels sont affichés ou mis bien en vue de telle sorte que le patient puisse facilement les voir?	OUI NON..... 1 2 → 365
364	Puis-je voir l'endroit où les tarifs sont affichés? VERIFIER LES TARIFS AFFICHES CONTRE LA LISTE MENTIONNEE A Q362 POUR VOIR SI TOUS LES TARIFS SONT POSTES	OBSERVE, TOUS LES TARIFS AFFICHES 1 OBSERVE, CERTAINS, PAS TOUS LES T 2
365	Quelle est la procédure appliquée si un patient ne peut pas payer un des frais médicaux en rapport avec les services fournis dans cette structure? ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR AVOIR LA REPONSE APPROPRIEE.	EXEMPTION, GRATUIT..... A REDUCTION B PAIEMENT DIFFERE C SERVICE NON FOURNI, REVENIR QUAND CAPABLE DE PAYER D PAIEMENT EN NATURE..... E HYPOTHEQUE F AUTRE_____ X SPECIFIEZ
SOURCES DE REVENUES		
370	Maintenant, je voudrais poser des questions sur les sources de revenus ou le financement de cette structure. Veuillez me dire si la structure a reçu des revenus ou des financements de l'une des sources listées, au cours de l'année fiscale 20XX-20XX Si une autre personne est plus indiquée pour fournir des informations sur le financement, n'hésitez pas à l'inviter à venir nous rejoindre ou à me référer vers elle. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE. SONDER POUR CHAQUE REPONSE. [la liste sera adaptée au pays]	GOUVERNEMENT CENTRAL A GOUVERNEMENT PROVINCIAL..... B REGIME DE PROTECTION MEDICALE (ASSURANCE)..... C FONDS DE SECURITY SOCIALE D REMBOURSEMENT PAR L' EMPLOYEUR E ASSISTANCE DU GOUV AU SECTEUR P F PARTENAIRES TECHNIQUES ET FINANC G CONFESIONNEL..... H PARTICIPATION COMMUNAUTAIRES... I AUTRE_____ X PAS DE FINANCEMENT Y

**SECTION 4: PERSONNEL- GESTION- OPINION DES PATIENTS- ASSURANCE QUALITE
TRANSPORT-SYSTEME D'INFORMATION SANITAIRE (SIS) ET STATISTIQUES DE SANTE**

PERSONNEL

400	Veuillez me dire SVP, combien de personnels il y a dans chacune des catégories professionnelles qui sont en service dans cette structure à temps plein ou à temps partiel et qui sont soit engagés par cette structure ou affectée à cette structure. Nous sommes intéressés de connaitre la classification technique la plus élevée de chaque personne tel que infirmier (e) ou médecin(s) indépendamment des tâches qui lui sont attribuées. Pour chaque médecin, je voudrais savoir combien sont à temps partiel dans cette structure.		
	CATEGORIES PROFESSIONNELLES (FAIRE ADAPTER AU PAYS)	(a) ENGAGE OU AFFECTE/APPUI	(b) TEMPS PARTIEL
	01 MEDECINS GENERALISTES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	02 MEDECINS SPECIALISTES [Y COMPRIS LES ANESTHESISTES ET LES PATHOLOGISTES]	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	03 CHIRURGIENS DENTISTES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	04 ADMINISTRATEUR GESTIONNAIRES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	05 PHARMACIENS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	06 INFIRMIERS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	07 ACCOUCHEUSES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	08 KINESITHERAPEUTES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	09 SAGES FEMMES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	10 TECHNICIENS DE LABORATOIRE/BIOLOGISTE MEDICAL	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	11 TECHNICIENS DE RADIOLOGIE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	12 NUTRITIONISTES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	13 LICENCIE EN MEDECINE PHYSIQUE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	14 ASSISTANTS EN PHARMACIE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	15 TECHNICIENS D'ASSAINISSEMENT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	16 TECHN. BUCCO DENTAIRES	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	17 AUTRES PROFESSIONNELS DE SANTE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	FAIRE LE TOTAL DU PERSONNEL ET VERIFIER SI LE TOTAL EST CORRECT	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

REUNIONS DE GESTION

DIRE AU REPONDANT QUE CETTE SOUS SECTION COMPRENDRA LA VERIFICATION DES PROCES VERBAUX DES REUNIONS. IL SERA ALORS UTILE SI LES RAPPORTS SONT RASSEMBLES AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

410	Est-ce qu'il y a habituellement des réunions de gestion (CODI/CODESA) de la structure ?	OUI. 1 NON 2	→ 417
411	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED A quelle fréquence se tiennent ces réunions?	UNE FOIS PAR SEMAINE. 0 UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. 4 NSP 8	→ 417
412	Est-ce qu'on conserve les procès verbaux/comptes rendus de ces réunions?	OUI. 1 NON 2	→ 417
413	Est ce je peux voir les procès verbaux/comptes rendus de la réunion la plus récente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	→ 417
414	FEUILLETEZ LE PROCES VERBAL DE LA REUNION LA PLUS RECENTE DATANT DE MOINS DE 6 MOIS ET ENCLER LA LETTRE CORRESPONDANT A TOUS LES SUJETS QUI ONT ÉTÉ MENTIONNES DANS LE RAPPORT.	QUALITE DES DONNEES DU SIS. A LA COMPLETITUDE DES RAPPORTS DU S B LA PROMPTITUDE DES RAPPORTS DU C C QUALITE DES SERVICES D UTILISATION DES SERVICES E DONNEES SUR LES MALADIES F CONDITIONS DE TRAVAIL (PAR EX. SALAIRE, HORAIRES DE TRAVAIL) G FINANCES OU BUDGET. H AUTRE X AUCUN DES SUJETS CI-DESSUS. Y	→ 417
415	Est-ce que la structure a pris une recommandation quelconque basée sur les discussions de la dernière réunion et qui sont mentionnées dans ce rapport?	OUI. 1 NON 2 NSP 8	→ 417
416	Est-ce que la structure a entrepris une action quelconque de suivi en rapport avec les recommandation prises lors de la dernière réunion?	OUI. 1 NON 2 NSP 8	
417	Est-ce que des réunions regroupant le personnel de santé et les représentants de la communauté et portant sur les activités ou la gestion de la structure, se tiennent périodiquement?	OUI. 1 NON 2 NSP 8	→ 430
418	A quelle fréquence les réunions périodiques entre le personnel de santé et membres de la communauté sont-elles tenues? A quelle fréquence se tiennent ces réunions?	UNE FOIS PAR SEMAINE. 0 UNE FOIS PAR MOIS OU PLUS. 1 UNE FOIS TOUT LES 2-3 MOIS. 2 UNE FOIS TOUT LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUT LES 6 MOIS. 4 NSP 8	→ 430
419	Est-ce que le procès verbal/compte rendu des réunions entre personnel de santé et membres de la communauté est conservé (archivé)?	OUI. 1 NON 2	→ 430
420	Puis-je voir les procès verbaux/comptes rendus de la réunion la plus récente qui a eu lieu durant les 6 derniers mois?	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

OPINIONS DES PATIENTS ET FEEDBACK

430	Est-ce qu'il existe dans cette structure, un système pour receuillir les opinions des patients à propos de la structure elle-même ou de ses services?	OUI. 1 NON 2	→ 440
431	Veuillez me dire les méthodes qui sont utilisées pour recueillir les opinions des patients. ENCERCLER TOUTES LES METHODES MENTIONNEES ETC SONDER: PAS D'AUTRES METHODES?	BOITE A SUGGESTION. A ENQUETE DE SATISFACTION. B GUIDE D'ENTRETIEN. C REUNION OFFICIELLE LEADERS COMMUNAUTAIRES. D DISCUSSION INFORMELLES AVEC PATIENTS OU COMMUNAUTE. E EMAIL. F SITE WEB DE LA STRUCTURE. G COURRIERS DES PATIENTS/COMMUNA AUTRE _____ X NSP. Z	→ 440
432	Est-ce que les opinions des patients sont-elles analysées?	OUI 1 NON 2 NSP. 8	→ 440
433	Puis-je voir le rapport d'analyse des opinions des patients?	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2 DISCUSSION VERBALE SEULEMENT ... 3	

ASSURANCE QUALITE

DIRE AU REPONDANT QUE CETTE SOUS SECTION COMPRENDRA LA CONSULTATION DES DOCUMENTS DES ACTIVITES D'ASSURANCE QUALITE. IL SERA DONC UTILE DE REUNIR TOUS CES DOCUMENTS AVANT DE CONTINUER AVEC L'INTERVIEW.

440	Est-ce que cette structure mène périodiquement des activités d'assurance-qualité? Un exemple pourrait être un examen de la mortalité à l'échelle de toute la structure, ou un audit périodique des registres?	OUI. 1 NON 2 NSP 8	→ 450
441	Est-ce qu'il y a un compte-rendu portant sur des activités d'assurance qualité qui ont été menées l'année dernière?	OUI. 1 NON 2	→ 450
442	Puis-je voir un compte-rendu de n'importe quelle activité d'assurance qualité? UN RAPPORT OU UN COMPTE-RENDU D'UNE REUNION D'ASSURANCE-QUALITE, UN CHECKLIST DE SUPERVISION, UN EXAMEN DE LA MORTALITE, UN AUDIT DES COMPTE-RENDU OU DES REGISTRES SONT TOUS ACCEPTABLES.	OBSERVE. 1 RAPPORTE, PAS VU. 2	

TRANSPORT DES URGENCES

450	Est-ce que cette structure dispose d'une ambulance en etat de fonctionnement ou d'un véhicule quelconque, qui stationne dans la structure même, et qui part de là pour le transport en urgence des patients ?	OUI. 1 NON 2	→ 452
451	Puis-je voir l'ambulance ou le véhicule?	OBSERVÉ. 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2	→ 453
452	Est-ce que cette structure a accès à une ambulance en etat de fonctionnement un véhicule quelconque, qui est stationné ou qui part d'une autre structure, pour le transport en urgence des patients?	OUI. 1 NON 2	→ 460
453	Est-ce qu'il y a du carburant disponible aujourd'hui? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE PAR UN REPONDANT INFORME	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	

SYSTEMES DE GESTION DES INFORMATIONS SANITAIRES

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSABLE DU SYSTEME DE L'INFORMATION SANITAIRE DANS CETTE STRUCTURE.
PRÉSENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

460	Est-ce que cette structure dispose d'un système pour collecter régulièrement des données sanitaires (SNIS)?	OUI. 1 NON. 2	
461	Est-ce que cette structure fait régulièrement la compilation des rapports contenant des informations sanitaires?	OUI. 1 NON. 2	→ 464
462	A quelle fréquence ces rapports sont-ils compilés?	UNE FOIS PAR SEMAINE 0 UNE FOIS PAR MOIS 1 TOUS LES 2-3 MOIS. 2 TOUS LES 4-6 MOIS. 3 MOINS D'UNE FOIS TOUS LES 6 MOIS. 4	
463	Puis-je voir une copie du rapport le plus récent?	RAPPORT OBSERVE. 1 RAPPORTE, RAPPORT NON VU 2	
464	Est-ce qu'il y a dans cette structure, une personne, désignée par exemple un gestionnaire des données, qui est responsable des données sanitaires ?	OUI. 1 NON. 2	→ 470
465	Quel est le poste de cette personne? INSISTEZ POUR CONNAITRE LE POSTE	GESTIONNAIRE DE DONNEES/ PERSONNE SNIS. 1 RESPONSABLE DE LA STRUCTURE. 2 AUTRE PRESTATAIRE. 3	

STATISTIQUES SANITAIRES

DIRE AU REPONDANT QUE DANS CETTE SOUS SECTION, ON DOIT REUNIR CERTAINES STATISTIQUES DE LA STRUCTURE SI CETTE INFORMATION N'EST PAS DISPONIBLE AU LIEU DE L'INTERVIEW.

470	VERIFIEZ Q110 FOURNITURE DE SERVICES D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	PAS DE FOURNITURE DE SERVICES D'HOSPITALISATION <input type="checkbox"/>	→ 472
471	Combien de sorties de malades y a-t-il eu durant le dernier mois calendaire [1 MOIS], pour tous les cas, aussi bien chez les adultes que les enfants?	# DE SORTIES NSP. 9998	
472	Combien de patients ont été vus en ambulatoire (patients non hospitalisés), dans cet établissement, au cours du dernier mois calendaire [MOIS], et aussi bien les adultes que les enfants?	# DE VISITES NSP. 9998	

SECTION 5: TRAITEMENT DES INSTRUMENTS METALLIQUES POUR LA REUTILISATION

EMANDEZ QU'ON VOUS MONTRÉ L'ENDROIT PRINCIPAL DANS LA STRUCTURE OU LES INSTRUMENTS METALLIQUES SONT STERILISÉS POUR LA REUTILISATION IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR CE SUJET. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET COMMENCER L'INTERVIEW.

500	<p>VERIFIEZ Q201 EST-CE QUE LES EQUIPEMENTS / INSTRUMENTS SONT STERILISÉS DANS CETTE STRUCTURE ?</p> <p style="text-align: center;">OUI <input type="checkbox"/> NON (CODE 3 ENERCLE) <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">(CODES 1 OU 2 ENERCLES) SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT</p>																																																																																							
<p>501 DEMANDER SI LES ELEMENTS SI-DESSOUS SONT UTILISÉS DANS LA STRUCTURE ET S'ILS SONT DISPONIBLE. S'ILS SONT DISPONIBLE, DEMANDER A LES VOIR. DEMANDER S'ILS SONT FONCTIONNELS OU PAS. PAR EXEMPLE: "Est-ce que vous utilisez [METHODE] dans la structure ? SI OUI, DEMANDER: Puis-je la voir?" ET ENSUITE "Est-ce que c'est fonctionnel?"</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="width: 30%;">METHODE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(A) UTILISE ET DISPONIBLE</th> <th colspan="3" style="text-align: center;">(B) FONCTIONNEL</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">OBSERVE</th> <th style="text-align: center;">RAPPORTE, PAS VU</th> <th style="text-align: center;">PAS UTILISE</th> <th style="text-align: center;">OUI</th> <th style="text-align: center;">NON</th> <th style="text-align: center;">NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET CHALEUR HUMIDE)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 2 ↘</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>02 AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & CHALEUR HUMIDE)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 3 ↘</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>03 STERILISATEUR A CHALEUR SECHE (POUPINEL)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 4 ↘</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>04 BOUILLOIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR (PAS A PRESSION)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 5 ↘</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>05 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td colspan="3" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>06 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (RECHAUD OU CUISINIERE)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 7 ↘</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>07 MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)</td> <td style="text-align: center;">1 → b</td> <td style="text-align: center;">2 → b</td> <td style="text-align: center;">3 8 ↘</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">8</td> </tr> <tr> <td>08 BANDELETTES INDICANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td colspan="3" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>09 PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DESINFECTION A HAUT NIVEAU (DHN) CHIMIQUE</td> <td style="text-align: center;">1</td> <td style="text-align: center;">2</td> <td style="text-align: center;">3</td> <td colspan="3" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> </tbody> </table>		METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP	01 AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET CHALEUR HUMIDE)	1 → b	2 → b	3 2 ↘	1	2	8	02 AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & CHALEUR HUMIDE)	1 → b	2 → b	3 3 ↘	1	2	8	03 STERILISATEUR A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b	2 → b	3 4 ↘	1	2	8	04 BOUILLOIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR (PAS A PRESSION)	1 → b	2 → b	3 5 ↘	1	2	8	05 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1	2	3				06 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (RECHAUD OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 7 ↘	1	2	8	07 MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)	1 → b	2 → b	3 8 ↘	1	2	8	08 BANDELETTES INDICANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET	1	2	3				09 PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DESINFECTION A HAUT NIVEAU (DHN) CHIMIQUE	1	2	3														
METHODE	(A) UTILISE ET DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL																																																																																				
	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS UTILISE	OUI	NON	NSP																																																																																		
01 AUTOCLAVE ELECTRIQUE (PRESSION ET CHALEUR HUMIDE)	1 → b	2 → b	3 2 ↘	1	2	8																																																																																		
02 AUTOCLAVE NON ELECTRIQUE (PRESSION & CHALEUR HUMIDE)	1 → b	2 → b	3 3 ↘	1	2	8																																																																																		
03 STERILISATEUR A CHALEUR SECHE (POUPINEL)	1 → b	2 → b	3 4 ↘	1	2	8																																																																																		
04 BOUILLOIRE ELECTRIQUE OU CASSEROLE A VAPEUR (PAS A PRESSION)	1 → b	2 → b	3 5 ↘	1	2	8																																																																																		
05 CASSEROLE NON ELECTRIQUE/AVEC COUVERCLE POUR BOUILLIR	1	2	3																																																																																					
06 SOURCE DE CHALEUR POUR LES APPAREILS NON ELECTRIQUES (RECHAUD OU CUISINIERE)	1 → b	2 → b	3 7 ↘	1	2	8																																																																																		
07 MINUTERIE AUTOMATIQUE (ELLE PEUT ETRE SUR L'APPAREIL)	1 → b	2 → b	3 8 ↘	1	2	8																																																																																		
08 BANDELETTES INDICANT QUE LE PROCESSUS EST COMPLET	1	2	3																																																																																					
09 PRODUIT CHIMIQUE POUR LA DESINFECTION A HAUT NIVEAU (DHN) CHIMIQUE	1	2	3																																																																																					
502	VERIFIEZ Q501. POUR CHACUNE DES METHODES DE STERILISATION/DESINFECTION A HAUT NIVEAU QUI EST UTILISEE DANS LA STRUCTURE, DEMANDER AU REPONDANT ET INDICER LE PROCESSUS EN DETAILS, Y COMPRIS LA DUREE, LA PRESSION RECOMMANDEE, ETC.																																																																																							
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">(1) AUTOCLAVE (vapeur avec pression)</th> <th style="text-align: center;">(2) STERILISATION SECHE</th> <th style="text-align: center;">(3) BOUILIR</th> <th style="text-align: center;">(4) DESINFECTION A HAUT NIVEAU PAR VAPEUR</th> <th style="text-align: center;">(5) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>A Méthode</td> <td>UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 2</td> <td>UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 3</td> <td>UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 4</td> <td>UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 5</td> <td>UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 503</td> </tr> <tr> <td>B Temperature (centigrade)</td> <td>TEMPERATURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998</td> <td>TEMPERATURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998</td> <td colspan="3" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>C Pression</td> <td>PRESS- ION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP 998 → 1E</td> <td colspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>D Unités de pression</td> <td>UNITES DE PRESSION: KG/CM CARRE 1 PRESSION ATM 2 KILOPASCAL 3 IF THE SAME ROOM/ARMMILLIMETRE HG 4 NSP 8</td> <td colspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>E Quelle est la durée en minutes quand les instruments ne sont pas enveloppés dans un linge pour [METHODE]?</td> <td>MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998</td> <td>MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998</td> <td>MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998</td> <td>MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998</td> <td>MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998</td> </tr> <tr> <td>F Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?</td> <td>MINUTES ENVELOPPEES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998</td> <td colspan="4" style="background-color: #cccccc;"></td> </tr> <tr> <td>G Désinfectant utilisé</td> <td colspan="4"></td> <td>ALCOOL 01 BETADINE 02 CHLORINE 03 CIDEX 04 FORMALDEHYD 05 GLUTERALDEHYDE 06 NSP 998</td> </tr> <tr> <td>503</td> <td>Est-ce cette structure dispose des normes et directives sur la sterilisation des instruments métalliques?</td> <td colspan="2">OUI 1 NON 2</td> <td colspan="2" style="text-align: center;">→ SECTION SUIVANTE</td> </tr> <tr> <td>504</td> <td>Puis je voir les normes et directives sur la sterilisation instruments ? LES NORMES ET DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.</td> <td colspan="2">OBSERVEES 1 RAPPORTERES, PAS VUES 2</td> <td colspan="2"></td> </tr> </tbody> </table>			(1) AUTOCLAVE (vapeur avec pression)	(2) STERILISATION SECHE	(3) BOUILIR	(4) DESINFECTION A HAUT NIVEAU PAR VAPEUR	(5) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE	A Méthode	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 2	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 3	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 4	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 5	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 503	B Temperature (centigrade)	TEMPERATURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998				TEMPERATURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998							C Pression	PRESS- ION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP 998 → 1E								D Unités de pression	UNITES DE PRESSION: KG/CM CARRE 1 PRESSION ATM 2 KILOPASCAL 3 IF THE SAME ROOM/ARMMILLIMETRE HG 4 NSP 8					E Quelle est la durée en minutes quand les instruments ne sont pas enveloppés dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998				MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998				MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998				MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998				MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998				F Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?	MINUTES ENVELOPPEES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998								G Désinfectant utilisé					ALCOOL 01 BETADINE 02 CHLORINE 03 CIDEX 04 FORMALDEHYD 05 GLUTERALDEHYDE 06 NSP 998	503	Est-ce cette structure dispose des normes et directives sur la sterilisation des instruments métalliques?	OUI 1 NON 2		→ SECTION SUIVANTE		504	Puis je voir les normes et directives sur la sterilisation instruments ? LES NORMES ET DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.	OBSERVEES 1 RAPPORTERES, PAS VUES 2			
	(1) AUTOCLAVE (vapeur avec pression)	(2) STERILISATION SECHE	(3) BOUILIR	(4) DESINFECTION A HAUT NIVEAU PAR VAPEUR	(5) DESINFECTION A HAUT NIVEAU CHIMIQUE																																																																																			
A Méthode	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 2	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 3	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 4	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 5	UTILISÉ 1 PAS UTILISÉ 2 → 503																																																																																			
B Temperature (centigrade)	TEMPERATURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998				TEMPERATURE <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998																																																																																			
C Pression	PRESS- ION <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 → 1E NSP 998 → 1E																																																																																							
D Unités de pression	UNITES DE PRESSION: KG/CM CARRE 1 PRESSION ATM 2 KILOPASCAL 3 IF THE SAME ROOM/ARMMILLIMETRE HG 4 NSP 8																																																																																							
E Quelle est la durée en minutes quand les instruments ne sont pas enveloppés dans un linge pour [METHODE]?	MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998				MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 NSP 998				MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998				MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998				MINUTES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 998																																																																							
F Quelle est la durée en minutes quand l'équipement est enveloppé dans un linge pour l'autoclave?	MINUTES ENVELOPPEES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> AUTOMATIQUE 666 PAS UTILISÉ 995 NSP 998																																																																																							
G Désinfectant utilisé					ALCOOL 01 BETADINE 02 CHLORINE 03 CIDEX 04 FORMALDEHYD 05 GLUTERALDEHYDE 06 NSP 998																																																																																			
503	Est-ce cette structure dispose des normes et directives sur la sterilisation des instruments métalliques?	OUI 1 NON 2		→ SECTION SUIVANTE																																																																																				
504	Puis je voir les normes et directives sur la sterilisation instruments ? LES NORMES ET DIRECTIVES ECRITES A LA MAIN ET AFFICHEES AU MUR AU LIEU OU SE FAIT LA STERILISATION SONT ACCEPTABLES.	OBSERVEES 1 RAPPORTERES, PAS VUES 2																																																																																						

SECTION 6: GESTION DES DECHETS BIO-MEDICAUX ET TOILETTE DES PATIENTS

GESTION DES DECHETS BIO-MEDICAUX

TROUVEZ LA PERSONNE RESPONSABLE DE LA GESTION DES DECHETS DANS CETTE STRUCTURE.
PRÉSENTEZ VOUS ET EXPLIQUEZ LE BUT DE L'EVALUATION AVANT DE CONTINUER AVEC LES QUESTIONS.

600	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des matériels tranchants, tels que les aiguilles ou les lames.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette FOSA pour éliminer les déchets d'objets tranchants (par exemple, boîtes de sécurité remplies)?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 10, SE PASSE EN DEHORS DE LA FOSA, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ELIMINER HORS DE LA FOSA"</p>	<p>COMBUSTION DANS INCINERATEUR : 2 FOIRS ELECTRIQUES (800-1000+°C) 02 UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION 04 DANS TROU OU SOL PROTÉGÉ/FUT 05</p> <p>JETTER SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION 06 DANS FOSSE OU LATRINE COUVERTE 07 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION 08 DANS TROU OU SUR SOL PROTEGE 09 ENFOUSSEMENT 10</p> <p>ELIMINER HORS DE LA FOSA STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT 11 STOCKAGE DANS UN AUTRE ENVIRONNEMENT PROTEGE 12 STOCKAGE NON PROTEGE 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER) IL N'Y A JAMAIS DE DECHETS D'OBJETS TRANCHANTS 95</p>
601	<p>Je voudrais maintenant vous poser quelques questions sur les pratiques de gestion des déchets médicaux autres que les objets tranchants, par exemple les pansements utilisés.</p> <p>Quelle est la méthode finale utilisée dans cette structure pour l'élimination des déchets médicaux?</p> <p>SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE</p> <p>ATTENTION!</p> <p>SI L'UNE DES METHODES PREVUES DANS LES REPONSES 02 - 10, SE PASSE EN DEHORS DE LA STRUCTURE, ALORS LA REPONSE CORRECTE A ENCLER DOIT ETRE DANS LA CATEGORIE "ELIMINER HORS DE LA FOSA"</p>	<p>MEME METHODE QUE POUR LES OBJETS TRANCHANTS 01</p> <p>COMBUSTION DANS UN INCINERATEUR: 2-FOUR ELECTRIQUE (800-1000+°C) 02 1-UNE CHAMBRE EN BRIQUE/FUT 03</p> <p>COMBUSTION A CIEL OUVERT SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION 04 DANS TROU OU SOL PROTÉGÉ/FUT 05</p> <p>JETTER SANS COMBUSTION SUR SOL PLAT-SANS PROTECTION 06 DANS FOSSE OU LATRINE COUVERTE 07 FOSSE OUVERTE-SANS PROTECTION 08 DANS TROU OU SUR SOL PROTEGE 09 ENFOUSSEMENT 10</p> <p>ELIMINER HORS DE LA FOSA STOCKAGE DANS UN CONTENEUR COUVERT 11 STOCKAGE DANS UN ENVIRONNEMENT PROTEGE 12 STOCKAGE NON PROTEGE 13</p> <p>AUTRE _____ 96 (SPECIFIER) IL N'Y A JAMAIS D'AUTRES DECHETS MEDICAUX 95</p>
602	<p>VERIFIEZ Q600</p> <p>ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA FOSA (TOUT CODE AUTRE QUE "95" ENCLERCLE) <input type="checkbox"/></p>	<p>PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA FOSA (CODE "95" ENCLERCLE) <input type="checkbox"/></p>
603	<p>DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA FOSA POUR L'ELIMINATION DES DECHETS TRANCHANTS ET INDUIRE LES CONDITIONS OBSERVEES. SI CES DECHETS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA FOSA, OBSERVER LE SITE OU ILS SONT STOCKES AVANT LE RAMASSAGE SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCLER '8'.</p>	<p>PAS DE DECHETS VISIBLES 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8</p>

604	VERIFIEZ Q601. ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE OU DECHETS ENLEVES HORS DE LA FOSA (N'IMPORTE QUEL CODE DE "2 A 96" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	PAS D' ELIMINATION DES DECHETS SUR PLACE NI ENLEVES HORS DE LA FOSA (CODE "95" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	606
605	DEMANDER A VOIR VOIR L'ENDROIT UTILISE PAR LA FOSA POUR L'ELIMINATION DES DECHETS MEDICAUX ET INDICER LES CONDITIONS OBSERVEES SI CES DECHETS SONT ELIMINES EN DEHORS DE LA FOSA, OBSERVER LE SITE OU ILS SONT STOCKE AVANT LE RAMASSAGE. SI LE SITE N'EST PAS INSPECTE, ENCRECLER '8'.	PAS DE DECHETS VISIBLES..... 1 DECHETS VISIBLES MAIS ZONE PROTEGEE 2 DECHETS VISIBLES, NON PROTEGE 3 DECHARGE PAS INSPECTEE 8	
606	VERIFIEZ Q600 ET Q601 UTULISATION D' INCINERATEUR <input type="checkbox"/> (SOIT "2"OU "3" ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	INCINERATEUR NON UTULISE <input type="checkbox"/> (NI "2" NI "3"ENCERCLE) <input type="checkbox"/>	610
607	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L' INCINERATEUR	INCINERATEUR OBSERVE..... 1 INCINERATEUR RAPPORTE,PAS VU..... 2	
608	Est-ce que l'incinérateur fonctionne aujourd'hui? IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSER ACCEPTER REPONSE RAPPORTEE PAR UN REONDANT INFORME	OUI 1 NON 2 NSP 8	<input type="checkbox"/> 610
609	Est-ce que le carburant/combustible est disponible aujourd'hui? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTEE	OUI 1 NON 2 NSP 8	
610	Est-ce que vous avez les normes et directives de gestion des déchets médicaux qui sont disponibles dans ce service ?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> 620
611	Puis-je les voir ?	OBSERVEES..... 1 RAPPORTEES , PAS VUES 2	

TOILETTE DES PATIENTS

620	Est-ce qu'il y a une toilette (latrine) en etat de fonctionnement qui est disponible pour l'utilisation des patients en consultation externe ? COCHEZ LE CODE QUI CORRESPOND	DES TOILETTES A CHASSE D'EAU CONNECTEES A : UN SYSTÈME D'ÉGOUT 11 UNE FOSSE SEPTIQUE 12 DES LATRINES A FOSSE 13 AILLEURS 14 INCONNUE / PAS SURE / NSP 15 FOSSE/LATRINES : VENTILEES AMELIOREES..... 21 FOSSE AVEC DALLE 22 FOSSE SANS DALLE 23 TOILETTES À COMPOSTAGE 31 SEAU/TINETTE 41 TOILETTES/LATRINES SUSPENDUES 51 PAS DE TOILETTES/NATURE 61	
-----	---	---	--

SECTION 7: EQUIPEMENT DE BASE - SALLE DE CONSULTATION EXTERNE - SALLE D'ATTENTE

A CE STADE, DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRÉ LA SALLE DE CONSULTATION GENERALE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE DANS CE SERVICE, SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

MATERIELS ET EQUIPEMENTS DE BASE

700	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans ce service et s'ils fonctionnent. DEMANDER A VOIR LE MATERIEL.	(A) DISPONIBLE			(B) EN ETAT DE FONCTIONNEMENT		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE/BALANCE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 ↗ 2 ↘	1	2	8
02	PESE ENFANT/BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]	1 → b	2 → b	3 ↗ 3 ↘	1	2	8
03	PESE BEBE/BALANCE POUR BEBE [GRADUATION 100g]	1 → b	2 → b	3 ↗ 4 ↘	1	2	8
04	TOISE POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3 ↗ 5 ↘	1	2	8
05	METRE RUBAN [POUR CIRCONFERENCE DE LA TETE]	1	2	3 ↗ 6 ↘			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 ↗ 7 ↘	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 ↗ 8 ↘	1	2	8
08	TENSIOMETRE NUMERIQUE (ELECTRONIQUE)	1 → b	2 → b	3 ↗ 9 ↘	1	2	8
09	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 ↗ 10 ↘	1	2	8
10	SOURCE DE LUMIERE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3 ↗ 11 ↘	1	2	8
11	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3 ↗ 12 ↘	1	2	8
12	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3 ↗ 13 ↘	1	2	8
13	NEBULISATEUR	1 → b	2 → b	3 ↗ 14 ↘	1	2	8
14	CHAMBRE D'INHALATION	1	2	3 ↗ 15 ↘			
15	DEBITMETRES	1 → b	2 → b	3 ↗ 16 ↘	1	2	8
16	SATUROMETRE	1 → b	2 → b	3 ↗ 17 ↘	1	2	8
17	CONCENTRATEURS (EXTRACTEURS) D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 ↗ 18 ↘	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE REMPLIE	1 → b	2 → b	3 ↗ 19 ↘	1	2	8
19	CANULE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 ↗ 20 ↘	1	2	8
20	KITS DE PERfusion-POUR ADULTE	1	2	3 ↗ 21 ↘			
21	KITS DE PERfusion - POUR ENFANT	1	2	3 ↗ 710 ↘			

SALLE DE CONSULTATION EXTERNE

A CE STADE, DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LE SERVICE DE CONSULTATION GENERALE. OBSERVER LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES CONSULTATIONS SE DEROULENT INDICER SI LES ELEMENTS SUIVANTS SONT DISPONIBLES DANS LA SALLE OU L'ENDROIT. DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS.

710	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHE)	1	2	3
02	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	DIRECTIVES, NORMES ET PROTOCOLES POUR LES MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
711	DECRIRE LA SALLE OU L'ENDROIT	SALLE SEPARÉE 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITE AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITE VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITE 4		

LIEU D'ATTENTE

720	Est-ce qu'il y a un endroit d'attente pour les patients où ils sont protégés contre le soleil et la pluie? DEMANDEZ A VOIR LE LIEU D'ATTENTE. QUI DOIT ETRE LE LIEU D'ATTENTE DANS LE SERVICE DE CONSULTATION GENERALE	OUI 1 PAS D'ENDROIT PROTÉGÉ 2	
-----	--	--	--

SECTION 8: DIAGNOSTIC

800	VERIFIEZ Q102.17 FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> PAS DE FOURNITURE DE SERVICES DE DIAGNOSTIC <input type="checkbox"/> ALLER A LA SECTION OU AU LIEU DE SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>							
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE LABORATOIRE PRINCIPAL OU L'ENDROIT OÙ ON FAIT LA PLUPART DES ANALYSES AVANT DE COMMENCER LA COLLECTE DE DONNEES, SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE. POUR CHAQUE TEST DIAGNOSTIQUE D'INTERET, DEMANDEZ A ALLER A L'ENDROIT OÙ LES INFORMATION SERONT DISPONIBLES. SI LES INFORMATIONS NE SONT PAS DISPONIBLES A CET ENDROIT, DEMANDEZ SI ELLES LE SONT AILLEURS DANS LA STRUCTURE ET ALLEZ A CET ENDROIT POUR REMPLIR LE QUESTIONNAIRE.								
HEMATOLOGIE								
801	Est-ce qu'on fait des test d'anémie ici-même dans la structure ?	OUI 1 NON 2						
802	Veuillez SVP me dire si: 1) Chacun des équipements pour le test d'anémie est utilisé dans la structure , 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	(a) UTILISÉ	(b) EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?					
01	Analyseur d'hématologie (pour comptage lymphocytaire total, la formule sanguine complète, comptage plaquettaire, etc.)	1→b 2 02						
803	Est-ce qu'on fait le comptage des CD4 dans cette structure ?	OUI 1 NON 2						
804	Veuillez SVP me dire si: 1) Ces tests ou équipements pour le comptage de CD4 est utilisé dans la structure, 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) L'équipement est fonctionnel	(a) UTILISÉ	(b) EQUIPMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LES ANALYSES DISPONIBLES?					
01	Cytometre (ex.: appareil de comptage FACS)	1→b 2 03						
02	Reactif pour le cytometre							
03	Analyseur a cartouche fluorescent/ Analyseur PIMA							
04	Cartouche pour l'analyseur fluorescent							
05	Pipette de test rapide CD4							

DEPISTAGE DU VIH											
806	Est-ce que la structure fait des tests VIH, y compris le TDR du VIH, soit dans la structure même, soit par référence?			OUI 1 NON 2			→ 827				
807	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?			OUI 1 NON 2			→ 809				
808	Puis-je voir un kit de TDR du VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE			OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE 1 OBSERVÉ,AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4							
809	Est-ce qu'on utilise dans ce service, un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage du VIH?			OUI 1 NON 2			→ 811				
810	Puis-je voir un exemplaire de papier filtre pour le prelevement? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE			OBSERVÉ, AU MOINS 1 VALIDE 1 OBSERVÉ,AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLEBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4							
811	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests VIH ou l'un des équipements suivants est utilisé dans la structure , 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles, et 3) les équipements sont fonctionnel ou bien les tests sont valides	(a) TEST FAIT		(b) EST-CE QUE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBILITE?			(c) EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL OU LE TEST VALIDE?				
01		OUI	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON				
02	Test du VIH avec ELISA	1→b 2 06 ↘									
03	Scanner/lecteur ELISA/EIA	1→b 2 06 ↘		1 → c	2 → c	3 ↘ 03 ↘	1	2	8		
04	Nettoyeur pour scanner/lecteur ELISA (Nettoyeur manuel acceptable)			1 → c	2 → c	3 ↘ 04 ↘	1	2	8		
05	Test ELISA (ex.: ENZYGNOST, VIRONOSTIKA, MUREX...)			1 → c	2 → c	3 ↘ 05 ↘	1	2	8		
06	INCUBATEUR	1→b 2 06 ↘		1 → c	2 → c	3 ↘ 06 ↘	1	2	8		
07	Réactif Dynabeads avec mixeur vortex	1→b 2 07 ↘		1 → c	2 → c	3 ↘ 07 ↘	1	2	8		
08	Test Western Blot	1→b 2 08 ↘		1	2	3					
09	PCR pour analyse de la charge virale [réaction de polymérisation en chaîne (PCR)]	1→b 2 09 ↘		1 → c	2 → c	3 ↘ 09 ↘	1	2	8		
812	Y-a t-il des directives ou normes écrites pour executer un test VIH (cela pourrait être les instructions du fabricant, les procédures d'opération standardds (POS), etc.)?			OUI 1 NON 2			→ 814				
813	Puis-je voir les directives,les instructions, POS?			OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2							

814	Est-ce qu'il y a des directives écrites sur la confidentialité et la divulgation des résultats du test de dépistage du VIH? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI NON	1 2	→ 816
815	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES	1 2	
816	Est-ce qu'il y a d'autres directives sur le VIH/SIDA ou sur les services qui lui sont liés?	OUI NON	1 2	→ 817a
817	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES RAPPORTÉES, PAS VUES	1 2	
818	Est-ce qu'il y a un système établi pour un contrôle de qualité externe pour les tests qui sont faits dans ce laboratoire?	OUI..... NON.....	1 2	→ 823
819	Quel système de contrôle de qualité externe, est utilisé? SONDER POUR SAVOIR LE SYSTÈME UTILISÉ. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE.	COMITE DE COMPETENCE INSPECTION EXTERNE/ OBSERVATION DE LA TECHNIQUE..... ECHANTILLONS DE SANG ENVOYES AILLEURS POUR RE-DEPISTAGE..... AUTRE.....	A B C X	
820	Est-ce qu'il y a un document sur les résultats du contrôle de qualité externe?	OUI..... NON.....	1 2	→ 823
821	Puis-je voir le rapport ou le document ?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 2	→ 823
822	QUEL EST LE PLUS RECENT POURCENTAGE D'ERREUR RELEVE PAR LE CONTRÔLE DE QUALITE EXTERNE SELON LE RAPPORT.	POURCENTAGE D'ERREUR PAS DISPONIBLE	95	
823	Est-ce qu'on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure pour le dépistage du VIH?	OUI..... NON.....	1 2	→ 827
824	Pour lequel des tests de dépistage du VIH on envoie des échantillons de sang en dehors de la structure? INSISTER	ELISA/EIA..... WESTERN BLOT..... PCR POUR EID..... DEPISTAGE RAPIDE..... AUTRE.....	A B C D X	
825	Est-ce que vous avez un document contenant les résultats des tests de dépistage réalisés en dehors de la structure ?	OUI..... NON.....	1 2	→ 827
826	Puis je voir le document?	OBSERVÉ RAPPORTÉ,PAS VU.....	1 2	

PRECAUTIONS DE BASE				
VISITER L'ENDROIT OÙ ON FAIT LE DEPISTAGE DU VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE PAS, DEMANDER AU REPONDEUR DE VOUS LES MONTRER				
827	MESURES DE PRECAUTION DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHE)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL (SOLUTION HYDROALCOLIQUE)	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS JETABLES EN LATEX	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	DIRECTIVES NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

BIOCHIMIE

830	Est-ce qu'on fait un test quelconque de glycémie dans cette structure ?			OUI NON	1 2	→ 832			
831	Veuillez SVP me dire si: a) Les equipements suivant d'analyse de glucose sont utilisés dans cette structure b) L'equipement est disponible, et c) L'equipement est en etat de fonctionnement	(a)		(b)		(c)			
		UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?		EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE			
01	Glucometre	1→ b	2 832	1 → c	2 → c	3 832	1	2	8
02	Bandelettes de test			1 → c	2 → c	3 832	1	2	8
832	Est-ce qu'on fait dans cette structure des analyses de la fonction hépatique (tels que l'ALAT & l'ASAT) ou des analyses de la fonction rénale (telles que la créatinine sérique)?			OUI..... NON.....	1 2	→ 836			
833	Est-ce que cette structure dispose d'un analyseur biochimique sanguin qui permet de faire la créatinine sérique, le TFH et la glycémie?			OUI..... NON.....	1 2	→ 836			
834	Puis-je voir l'analyseur biochimique sanguin ?			OBSERVÉ..... RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 2				
835	Est-ce que l'analyseur biochimique sanguin est en etat de fonctionnement? ACCEPTER UNE REPONSE RAPPORTÉE			OUI..... NON.....	1 2				
836	Est-ce que dans cette structure on fait un test biochimique quelconque sur les urines utilisant bandelettes et / ou des tests de grossesse?			OUI..... NON.....	1 2	→ 838			
837	Veuillez SVP me dire si les bandelettes réactives suivantes sont utilisées ici. ici et sont disponibles aujourd'hui;				(A) UTILISÉ	(B) OBSERVÉ DISPONIBLE			
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI			
	Des bandelettes réactives pour la recherche de protéines urinaires (avec une date d'expiration valide)	1→ b 2 02		1	2	3			
	Des bandelettes réactives pour la recherche de glucose urinaire (avec date d'expiration valide)	1→ b 2 03		1	2	3			
03	Test de grossesse (avec date d'expiration valide)	1→ b 2 838		1	2	3			
838	Est-ce qu'il vous arrive d'envoyer des prélèvements de sang ou d'urine en dehors de la structure pour des analyses biochimiques du sang, les tests de fonctions hépatiques (TFH) des analyses d'urines, ou des tests de grossesse?			OUI..... NON.....	1 2	→ 840			
839	INDIQUER S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE, CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE			(A) PRELEVEMENT ENVOYÉ HORS DE LA STRUCTURE	(B) DOCUMENT DES RESULTATS DES TESTS OBSERVÉ				
		OUI	NON	OUI	NON				
	Analyses biochimiques du sang (par exemple glucose, sodium, potassium etc.)	1→ b		2 02	1				
	Test des fonctions hepatiques (TFH)	1→ b		2 03	1				
03	Test d'urine	1→ b		2 04	1				
04	Test de grossesse	1→ b		2 840	1				

PARASITOLOGIE/BACTERIOLOGIE

840	Veuillez me dire SVP si: a) Les EQUIPEMENTS suivants sont utilisé dans cette structure b) sont disponibles, et c) Les équipements sont fonctionnels	(a)		(b)			(c)				
		EQUIPEMENT/ TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?			EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?				
OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP				
01	MICROSCOPE OPTIQUE	1→ b 2 02 ↘	1 → c	2→c	3 02 ↘	1	2	8			
02	MICROSCOPE ELECTRONIQUE	1→ b 2 03 ↘	1 → c	2→c	3 03 ↘	1	2	8			
03	REFRIGERATEUR DANS LE LABORATOIRE	1→ b 2 04 ↘	1 → c	2→c	3 04 ↘	1	2	8			
04	INCUBATEUR	1→ b 2 05 ↘	1 → c	2→c	3 05 ↘	1	2	8			
05	TUBES A ESSAI / EPROUVETTES	1→ b 2 06 ↘	1	2	3						
06	CENTRIFUGEUSE POUR LA MICROBIOLOGIE DU LIQUIDE CEPHALO-RACHIDIEN (LCR)	1→ b 2 07 ↘	1 → c	2→c	3 7 ↘	1	2	8			
07	MILIEU DE CULTURE CELLULAIRE	1→ b 2 08 ↘	1	2	3						
08	LAMELLES EN VERRE ET COUVERCLES	1→ b 2 841 ↘	1	2	3						
841	Est-ce que cette structure réalise des tests de diagnostique du paludisme ?	OUI.....1 NON.....2							→ 848		
842	Est-ce que les Test de Diagnostic Rapide (TDR) pour diagnostiquer le paludisme sont utilisés dans ce service ?	OUI.....1 NON.....2							→ 847		
843	Puis-je voir un exemplaire du kit de TDR pour le Paludisme? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....1 OBSERVÉ,AUCUN VALIDE.....2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....3 AUCUN DISPONIBLE AUJOURD'HUI.....4									
844	OBSERVEZ OU DEMANDEZ LE TYPE OU LA MARQUE DU KIT DE TDR DU PALUDISME SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	SD BIOLINE.....A FIRST RESPONSE.....B PARACHECK.....C PARAHIT.....D ICT.....E CARE START.....F AUTRE _____X (SPECIFIEZ)									
845	Est-ce que vous possedez un manuel de formation, un poster ou d'autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI.....1 NON.....2							→ 847		
846	Puis-je le voir	OBSERVÉ.....1 RAPPORTÉ, PAS VU.....2									
847	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants pour le paludisme est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a)		(b)							
		EQUIPEMENT/ TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?							
OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI							
01	COLORANT DE GIEMSA	1→ b 2 02 ↘	1	2	3						
02	COLORANT DE FIELD	1→ b 2 03 ↘	1	2	3						
03	COLORANT ACRIDINE ORANGE	1→ b 2 848 ↘	1	2	3						

848	Est-ce qu'on fait la COLORATION DE GRAM dans cette structure ?			OUI.....	1	
				NON.....	2	→ 850
849	Veuillez SVP me dire si les équipements ou les éléments suivants sont utilisés et sont disponibles aujourd'hui.		(a) UTILISE		(b)	
			OUI	NON	EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?	
01	Le violet de Crystal or le violet Gentiane		1 → b	2 02 ↳	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU
02	Solution de Lugol		1 → b	2 03 ↳	NORMALLEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	
03	Alcool-acetone ou Acetone		1 → b	2 04 ↳		
04	Colorant vital rouge, fuchsine phéniquée, or autre contre colorant		1 → b	2 848 ↳		
850	Est-ce qu'il vous arrive d'envoyer des prélèvements hors de la structure pour une coloration de Gram, une coloration à l'encre de Chine, un test du paludisme ou pour une culture?			OUI.....	1	
				NON.....	2	→ 852
851	INDIQUEZ S'IL Y A UN DOCUMENT OBSERVE CONTENANT LES RESULTATS DES TESTS EFFECTUES EN DEHORS DE LA STRUCTURE			(A) PRELEVELEMENT ENVOYÉ HORS DE LA STRUCTURE		B) DOCUMENT DE RESULTATS DE TESTOBSERVÉ
				OUI	NON	OUI
01	Coloration de Gram			1 → b	2 02 ↳	1
02	Coloration à l'encre de Chine			1 → b	2 03 ↳	1
03	Test du paludisme			1 → b	2 04 ↳	1
04	Specimen pour culture			1 → b	2 852 ↳	1
852	Est-ce qu'on fait l' EXAMEN MICROSCOPIQUE DES SELLES dans cette structure ?			OUI.....	1	
				NON.....	2	→ 854
853	Veuillez SVP me dire si les éléments suivants sont utilisés et sont disponibles aujourd'hui.		(a)		(b)	
			UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?	
01	Solution saline (pour la méthode de concentration)		1 → b	2 02 ↳	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU
02	Solution saline (pour la microscopie directe)		1 → b	2 03 ↳	NORMALLEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	
03	Solution d'iode de Lugol		1 → b	2 854 ↳		

SYPHILIS

854	Est-ce qu'on fait dans cette structure des test sur la syphilis?		OUI.....1 NON.....2	→ 859
855	Est-ce que dans ce service, on utilise le TDR de la syphilis pour faire le diagnostic de la syphilis?		OUI.....1 NON.....2	→ 857
856	Puis-je voir un exemplaire de TDR de la syphilis? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN TDR EST VALIDE		OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE.....2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI.....4	
857	En plus du TDR de la syphilis, est-ce cette structure fait d'autres tests sur la syphilis?		OUI.....1 NON.....2	→ 859
858	Veuillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur la syphilis est utilisé dans cette structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles c) L'équipement est en etat de fonctionnement	(a) TEST FAIT OUI NON	(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?	(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?
01	VDRL	1 → b 2 02 ↲	1 2 3	
02	PCR pour ISTs (CTN)	1 → b 2 03 ↲	1 2 3	
03	Rotateur		1 → c 2 → c 3 04 ↲	
04	RPR (Rapid plasma reagin test)	1 → b 2 05 ↲	1 2 3 05 ↲	
05	Treponema Pallidum Assay (TPHA)	1 → b 2 859 ↲	1 2 3 859 ↲	

CHLAMYDIA

859	Est-ce qu'on fait dans cette structure un test quelconque sur le Chlamydia?		OUI.....1 NON.....2	→ 861
860	Veuillez SVP me dire si: a) L'un des tests ou équipements suivants sur le Chlamydia est utilisé dans la structure b) Tous les éléments nécessaires pour le test sont disponibles	(a) TEST FAIT OUI NON	(b) EST-CE TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?	
01	Coloration de Geimsa	1 → b 2 02 ↲	1 2 3	
02	PCR pour CHLAMYDIA	1 → b 2 861 ↲	1 2 3	

TUBERCULOSE

861	Est-ce qu'on fait des tests sur la tuberculose dans cette structure ?		OUI.....1 NON.....2	1 2 → 865							
862	Veuillez SVP me dire si: 1) L'un des tests ou équipements suivants sur la TBC est utilisé dans la structure 2) Tous les éléments nécessaires pour les tests sont disponibles. 3) Les équipements sont en etat de fonctionnement	(a)		(b)		(c)					
		EQUIPEMENT/TEST UTILISÉ		EQUIPEMENT/TOUS LES ELEMENTS POUR LE TEST SONT DISPONIBLE?		EST-CE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL ?					
	OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP			
01	Test de Ziehl-Neelson pour BAAR (bacilles acido-alcooloo-résistants)	1 → b 05	2								
02	Carbol Fuchsine (fuchsine phéniquée)	1 → b 03	2	3							
03	Acide sulphurique (concentration 20-25%) ou acide d'alcool	1 → b 04	2	3							
04	Bleu de méthylène	1 → b 05	2	3							
05	Microscope à fluorescence (MF)	1 → b 06	2	3 → c 06	1 → c 06				1	2	8
06	Milieu de culture cellulaire (par exemple, système MGIT 960)	1 → b 07	2	3							
07	Capuche/cagoule de biosécurité	1 → b 08	2	3							
08	Colorant uramide pour le microscope a fluorescent	1 → b 09	2	3							
*09	Chloramine	1 → b 10	2	3							
*10	Permanganate	1 → b 863	2	3							
863	Est-ce que dans ce laboratoire, on utilise des tests rapide de diagnostic de la TB telque le GeneXpert?		OUI.....1 NON.....2	1 2 → 865							
864	Puis-je le voir ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UNE CARTOUCHE ET UN DILUANT SONT VALIDES		OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE.....2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI.....4	1 2 3 4							
865	Est-ce qu'il y a dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?		OUI.....1 NON.....2	1 2 → 867							
866	Puis-je voir un échantillon de crachoir?		OBSERVÉ.....1 RAPPORTÉ, PAS VU.....3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI.....4	1 3 4							
867	Est-ce que vous envoiez des échantillons de crachats en dehors de la structure pour le diagnostic de la TB?		OUI.....1 NON.....2 NSP.....8	1 2 8 → 870							
868	Est-ce qu'il y a un document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?		OUI.....1 NON.....2	1 2 → 870							
869	Puis-je voir le document contenant les résultats des tests de crachat qui ont été effectués ailleurs?		OBSERVÉ.....1 RAPPORTÉ, PAS VU.....2	1 2							
870	Est-ce qu'il existe un système de contrôle de qualité (soit interne ou externe) pour les analyses de crachat effectuées dans ce laboratoire?		OUI.....1 NON.....2	1 2 → 880							
871	Veuillez me dire SVP quel type de pratique de contrôle de qualité est suivi dans cette structure ? SONDER POUR SAVOIR QUEL TYPE DE CONTRÔLE QUALITE EST UTILISE.		CQ INTERNE SEULEMENT.....01 CQ EXTERNE SEULEMENT.....02 CQ INTERNE & EXTERNE.....03 ENVOI DE LAMES POUR LA RELECTURE (CONTRÔLE).....04 AUTRE.....96 (SPECIFIEZ)	01 02 03 04 96							

872	Est-ce qu'il y a des documents sur les résultats des contrôles qualité (interne ou externe)?	OUI.....1 NON.....2	→ 880
873	Est-ce que ces documents de contrôle de qualité (CQ interne, CQ externe ou les deux) sont conservés dans la structure?	DOCUMENTS SUR CQI SEULEMENT.....1 DOCUMENTS SUR CQE SEULEMENT .....2 DOCUMENTS SUR LES DEUX .....3	

IMAGERIE DE DIAGNOSTIQUE

880	Est-ce qu'on fait des diagnostics par radiographie, par Echographie ou par CT Scan avec ordinateur dans cette structure ? SI OUI, DEMANDER A ALLER LÀ OÙ SE TROUVENT LES EQUIPEMENTS ET POSER DES QUESTIONS A LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET.	OUI.....1 NON.....2		ALLER A LA SECTION SUIVANTE					
881	Veuillez SVP me dire : 1) Si l'un des équipements suivants pour la radiographie est utilisé dans cette structure, s'il est disponible aujourd'hui, et 2) S'il est fonctionnel aujourd'hui	(a) EQUIPEMENT T UTILISÉ		(b) EQUIPEMENT DISPONIBLE			(c) EST-CE QUE L'EQUIPEMENT EST FONCTIONNEL?		
		OUI	NON	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	NORMALEMENT DISPONIBLE, PAS AUJOURD'HUI	OUI	NON	NSP
	01 APPAREIL DE RADIOGRAPHIE NUMERIQUE	1 → b	2 ↘ 02 ↗	1 → c	2 → c	3 ↗ 02 ↗	1	2	8
	02 APPAREIL DE RADIOGRAPHIE	1 → b	2 ↗ 04 ↗	1 → c	2 → c	3 ↗ 03 ↗	1	2	8
	03 FILM POUR RADIOGRAPHIE NON PERIME			1 → c	2 → c	3 ↗ 04 ↗			
	04 ECHOGRAPHIE	1 → b	2 ↗ 05 ↗	1 → c	2 → c	3 ↗ 05 ↗	1	2	8
	05 CT SCAN (TOMODENSITOMETRE)	1 → b	2 ↗ 06 ↗	1 → c	2 → c	3 ↗ 06 ↗	1	2	8
06	IRM	2 ↗ SECTION SUIVANTE		1 → c	2 → c	3 ↗ ALLER A LA SECTION SUIVANTE	1	2	8

REMERCIEZ VOTRE REPONDANT POUR LE TEMPS CONSACRE ET L'AIDE FOURNIE ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DE DONNEES SUIVANT.

SECTION 9: MEDICAMENTS ET PRODUITS

900	VERIFIEZ Q210 EXISTENCE DE STOCKS DE MEDICAMENTS DANS LA STRUCTURE	[]	PAS DE STOCKS DE MEDICAMENTS []	ALLER A UN AUTRE SERVICE []	
-----	--	-----	-------------------------------------	---------------------------------	--

SECTION 9.1: MEDICAMENTS ET MATERIELS GENERAUX

DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON STOCKE LES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS
IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE STOCKAGE ET LA GESTION DES MEDICAMENTS ET AUTRES PRODUITS.
SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.

Je voudrais savoir si les médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure. Si l'un des médicaments que je vais mentionner est stocké à un autre endroit dans la structure, veuillez me le dire SVP afin que je puisse m'y rendre pour vérifier.

ANTIBIOTIQUES

901	Est-ce que les antibiotiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans cette structure? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	AMOXICILLINE COMPRIME/CAPSULE (Infections bactériennes chez les adultes)	1	2	3	4	5
02	AMOXICILLINE SIROP/SUSPENSION/DISPERCIBLE (Antibiotique oral pour enfant)	1	2	3	4	5
03	AMOXICILINE/CLAVULINATE (AUGMENTIN) COMPRIMES (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
04	AMPICILLINE (POUDRE) INJECTION (Antibiotiques à large spectre)	1	2	3	4	5
05	AZITHROMYCINE COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
06	AZITHROMYCINE SIROP/SUSPENSION (antibiotique)	1	2	3	4	5
07	BENZATHINE BENZYL PENICILLINE (POUDRE) POUR INJECTION	1	2	3	4	5
08	CEFIXIME COMPRIMES/CAPSULES (antibiotique)	1	2	3	4	5
09	CEFTRIAXONE INJECTION (Antibiotique injectable)	1	2	3	4	5
10	CIPROFLOXACINE (antibiotique oral de seconde intention)	1	2	3	4	5
11	CO-TRIMOXAZOLE (COMPRIMES) (Antibiotique oral pour adulte)	1	2	3	4	5
12	CO-TRIMOXAZOLE SUSPENSION (Antibiotique Oral pour enfant)	1	2	3	4	5
13	DOXYCYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
14	ERYTHROMYCINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
15	ERYTHROMYCINE [suspension buvable]	1	2	3	4	5
16	GENTAMYCINE INJECTION (Antibiotique injectable à large spectre)	1	2	3	4	5
17	METRONIDAZOLE COMPRIMES [antibiotique/ambicide/antiprotozoaire]	1	2	3	4	5
18	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED	1	2	3	4	5
19	PENICILLINE INJECTION (Antibiotique Injectible à large spectre)	1	2	3	4	5
20	TETRACYCLINE [Antibiotique à large spectre, comprimés]	1	2	3	4	5
21	TETRACYCLINE POMMADE OPHTALMIQUE	1	2	3	4	5
22	AUTRE ANTIBIOTIQUE ET POMMADE OPHTALMIQUE POUR NOUVEAU-NE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS DEPARASITANTS

902	Est-ce que les médicaments suivants destinés au traitements des infestations vermineuses sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ALBENDAZOLE	1	2	3	4	5
02	MEBENDAZOLE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LES MALADIES NON TRANSMISSIBLES

903	Est-ce que les médicaments suivants, destinés à la prise en charge des maladies non transmissibles sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	AMITRIPTYLINE (Dépression)	1	2	3	4	5
02	AMLODIPINE COMPRIMES (Inhibiteur calcique pour hypertension)	1	2	3	4	5
03	ATENOLOL (Beta-bloquant, Angine/hypertension)	1	2	3	4	5
04	BECLOMETHASONE INHALATEUR	1	2	3	4	5
05	BETAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
06	CAPTOPRIL (Vaso-dilatation, hypertension cardiaque)	1	2	3	4	5
07	DEXAMETHASONE INJECTION	1	2	3	4	5
08	DIAZEPAM INJECTION (Anxiété/relaxant musculaire)	1	2	3	4	5
09	ENALAPRIL CAPSULE/COMPRIME (Inhibiteur de l'Enzyme de Conversion)	1	2	3	4	5
10	AUTRE INHIBITEUR DE L'ENZYME DE CONVERSION	1	2	3	4	5
11	EPINEPHRINE INJECTION	1	2	3	4	5
12	FUROSEMIDE (DIURETIQUE)	1	2	3	4	5
13	THIAZIDE DIURETIQUE	1	2	3	4	5
14	GLUBENCLAMIDE (Traitement oral pour les deux types de diabète)	1	2	3	4	5
15	GLUCOSE SOLUTION INJECTABLE	1	2	3	4	5
16	HEPARINE INJECTION	1	2	3	4	5
17	HYDROCORTISONE	1	2	3	4	5
18	INSULINE INJECTIONS [DIABÈTE]	1	2	3	4	5
19	ISOSORBIDE DINITRATE	1	2	3	4	5
20	METFORMINE COMPRIMES	1	2	3	4	5
21	NIFEDIPINE COMPRIMES/CAPSULES (CCB pour hypertension)	1	2	3	4	5
22	OMEPRAZOLE (Reflux gastro-oesophagien)	1	2	3	4	5
23	PREDNISOLONE	1	2	3	4	5
24	SALBUTAMOL INHALATEUR (Bronchospasmse/Asthme chronique)	1	2	3	4	5
25	SIMVASTATINE (Cholestérol élevé)	1	2	3	4	5
#	ASPIRINE CAPSULE/COMPRIMES	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTI-FONGIQUES

904	Est-ce que les médicaments anti-fongiques suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	FLUCONAZOLE	1	2	3	4	5
02	MICONAZOLE (Ovules vaginales)	1	2	3	4	5
03	MICONAZOLE CREME	1	2	3	4	5
04	NYSTATINE (suspension orale)	1	2	3	4	5
05	NYSTATINE OVULE VAGINALE/CREME	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS CONTRE LE PALUDISME

905	Est-ce que les médicaments suivants contre le paludisme sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ARTEMETHER-LUMEFRACTINE [Coartem 20mg/120mg]	1	2	3	4	5
02	ARTEMETHER-LUMEFRACTINE [Coartem 40mg/240mg]	1	2	3	4	5
03	ARTEMETHER-LUMEFRACTINE [Coartem 60mg/360mg]	1	2	3	4	5
04	ARTEMETHER-LUMEFRACTINE [Coartem 80mg/360mg]	1	2	3	4	5
10	FANSIDAR [SULFADOXINE + PYRIMETHAMINE]	1	2	3	4	5
11	QUININE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
12	QUININE INJECTION	1	2	3	4	5
13	ARTESUNATE INJECTABLE	1	2	3	4	5
14	ARTESUNATE SUPPOSITOIRES	1	2	3	4	5
15	AUTRE MEDICAMENT CONTRE LE PALUDISME	1	2	3	4	5

SANTE MATERNELLE ET INFANTILE

906	Est-ce que les médicaments pour la santé maternelle suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	CALCIUM GLUCONATE INJECTION	1	2	3	4	5
02	ACIDE FOLIQUE COMPRIMÉS	1	2	3	4	5
03	COMPRIMÉS DE FER	1	2	3	4	5
04	COMPRIMÉS COMBINES FER + ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5
05	MAGNESIUM SUPHATE INJECTION	1	2	3	4	5
06	MISOPROSTOL COMPRIMÉS/CAPSULES (CYTOTEC)	1	2	3	4	5
07	OXYTOCINE OU AUTRE UTEROTONIQUE INJECTABLE	1	2	3	4	5
08	VACCIN ANTITETANIQUE	1	2	3	4	5
09	SELS DE REHYDRATION ORALE (SRO) SACHETS	1	2	3	4	5
10	VITAMINE A	1	2	3	4	5
11	COMPRIMÉS DE ZINC	1	2	3	4	5
12	CHLORHEXIDINE 7,1 %	1	2	3	4	5

SOLUTES INTRAVEINEUX

907	Est-ce que les liquides intraveineux suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	SALINE NORMALE/SOLUTION INJECTABLE SODIUM CHLORIDE	1	2	3	4	5
02	SOLUTION DE RINGER LACTATE	1	2	3	4	5
03	5% DEXTROSE - SALINE NORMALE	1	2	3	4	5

MEDICAMENTS ANTALGIQUES ET ANTIPYRETIQUES

908	Est-ce que les AUTRES médicaments suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	DICLOFENAC COMPRIMES (Médicament oral pour forte douleur)	1	2	3	4	5
02	PARACETAMOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	PARACETAMOL SIROP	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE: ANTIBIOTIQUES & MEDICAMENTS GENERAUX

909	OBSERVEZ L'ENDROIT OÙ LES MEDICAMENTS QUI ONT ÉTÉ EVALUÉS SONT STOCKÉS ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE)DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT PROTEGES CONTRE L'EAU ?	1	2
03	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT PROTEGES CONTRE LE SOLEIL ?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIECE DE STOCKAGE EST BIEN AÉRÉE?	1	2
910	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perime", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS. OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS. NON. OUI, TOUS LES MEDICAMENTS ONT LA MEME DATE D'EXPIRAT	1 2 3 4
911	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui? DEMANDEZ A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTREZ CE QUI EST OBSERVÉ	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT REGISTRE DE STOCKS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUES. REGISTRE DE STOCKS PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS. AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	1 2 3 4 6

MATERIELS

912	Est-ce que les matériels suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ?	OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	SERINGUES JETABLES AVEC AIGUILLES JETABLES OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
02	KIT POUR PERfusion INTRAVEINEUSE	1	2	3
03	CATHETER POUR PERfusion INTRAVEINEUSE	1	2	3
04	GANTS EN LATEX	1	2	3
05	LAVE-MAINS A BASE D'ALCOOL	1	2	3
06	SAVON POUR LAVAGE DES MAINS	1	2	3
07	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2	3
08	MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES	1	2	3

SECTION 9.2: PRODUITS CONTRACEPTIFS

920	VERIFIEZ Q212 PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCLÉ)	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS LE SERVICE DE PF OU PAS STOCKÉS DU TOUT DANS CETTE STRUCTURE (REPLONSE 1 OU 3 ENCLÉ) <input type="checkbox"/> ALLER A LA SOUS SECTION 9.3					
921	Est-ce que les PRODUITS CONTRACEPTIFS suivants sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
	01	PILULES COMBINEES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3	4	5
	02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3	4	5
	03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINES (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3	4	5
	04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3	4	5
	05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3	4	5
	06	CONDOMS FEMININS	1	2	3	4	5
	07	DISPOSITIF INTRA UTERIN (DIU)	1	2	3	4	5
	08	IMPLANT	1	2	3	4	5
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE	1	2	3	4	5	
10	METHODE NATURELLE (COLLIER DU CYCLE OU METHODE DES JOURS FIXES)	1	2	3	4	5	
CONDITIONS DE STOCKAGE DES PRODUITS CONTRACEPTIFS							
922	OBSERVEZ L'ENDROIT OU LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT STOCKÉS ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES				OUI	NON	
01	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRES ?				1	2	
02	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT PROTÉGÉS CONTRE L'EAU ?				1	2	
03	EST-CE QUE LES PRODUITS SONT PROTÉGÉS CONTRE LE SOLEIL ?				1	2	
04	EST-CE QUE LA PIÈCE EST SANS TRACE DE LA PRÉSENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?				1	2	
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?				1	2	
923	EST-CE QUE LES PRODUITS CONTRACEPTIFS SONT ENTREPOSÉS SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être perimé", le premier à sortir)?	OUI, TOUS LES PRODUITS..... 1 NON, PAS TOUS LES PRODUITS..... 2 NON..... 3					
924	Quel est le système mis en place dans cette structure pour gérer les quantités de produits contraceptifs reçus, les quantités distribuées, et les quantités restantes aujourd'hui? DEMANDEZ A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTREZ CE QUI EST OBSERVE	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT... 1 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIEN 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUÉS..... 3 REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES PRODUITS DISTRIBUÉS..... 4 AUTRE SYSTÈME _____ 6 (SPECIFIER)					
925	L'INTERVIEW A PRÉSENTÉMEN LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/> ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.	L'INTERVIEW A PRÉSENTÉMEN LIEU DANS LE SERVICE DE PF <input type="checkbox"/> REMERCIEZ VOTRE REPONDANT DANS LE SERVICE DE PF ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT.					

SECTION 9.3: MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX

930	VERIFIEZ Q214 ANTTUBERCULEUX STOCKÉS DANS UN LIEU <input type="checkbox"/> COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS (RESPONSE 2 ENCERCLÉ) 						
	ANTITUBERCULEUX STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/> (REPONSE 1 OU 3 ENCERCLÉ)  ALLER A LA SOUS SECTION 9.4 						
931	Est-ce que les antituberculeux suivants sont disponibles aujourdhui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)		(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) NON OBSERVÉ		
			AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
	01	ETHAMBUTOL COMPRIMES	1	2	3	4	5
	02	ISONIAZIDE COMPRIMES	1	2	3	4	5
	03	PYRAZINAMIDE	1	2	3	4	5
	04	RIFAMPICINE	1	2	3	4	5
	05	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE	1	2	3	4	5
	06	ISONIAZIDE + ETHAMBUTOL (EH) (2FDC)	1	2	3	4	5
	07	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE (RHZ) (3FDC)	1	2	3	4	5
	08	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + ETHAMBUTOL (RHE) (3FDC)	1	2	3	4	5
09	ISONIAZIDE + RIFAMPICINE + PYRAZINAMIDE + ETHAMBUTOL (4FDC)	1	2	3	4	5	
10	STREPTOMYCINE INJECTABLE	1	2	3	4	5	
CONDITIONS DE STOCKAGE DES ANTITUBERCULEUX							
932	OBSERVEZ L'ENDROIT OU LES ANTITUBERCULEUX SONT STOCKÉS ET INDICER L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.				OUI	NON	
	01 EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRE ?				1	2	
	02 EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT PROTEGÉS CONTRE L'EAU ?				1	2	
	03 EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT PROTEGÉS CONTRE LE SOLEIL ?				1	2	
	04 EST-CE QUE LA PIÈCE EST SANS TRACE DE LA PRÉSENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?				1	2	
	05 EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉRÉE?				1	2	
933	EST-CE QUE LES MEDICAMENTS SONT ENTREPOSÉS SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a être perimé", "le premier à sortir")?		OUI, TOUS LES MEDICAMENTS 1 OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS 2 NON 3				
	934 Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité de médicaments reçue, la quantité prescrite et la quantité restante aujourd'hui?		SYSTÈME INFORMATISÉ MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT 1 REGISTRE DE STOCK MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES VACCINS DISTRIBUÉS 3 REGISTRE DE STOCK PAS MIS À JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES MEDICAMENTS DISTRIBUÉS 4 AUTRE SYSTÈME 6 (SPECIFIER)				
935	L' INTERVIEW A PRÉSENTÉMEN LIEU DANS <input type="checkbox"/> LA PHARMACIE ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES . 		L' INTERVIEW A PRÉSENTÉMEN LIEU DANS <input type="checkbox"/> LE SERVICE DE TBC REMERCIÉZ VOTRE REPONDANT DANS LE SERVICE DE TBC ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. 				

SECTION 9.4: MEDICAMENTS ANTIRETROVIRaux

940	VERIFIEZ Q216	ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA STOCKÉS DANS LE SERVICE OU PAS DU TOUT STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPONSE 2 NON ENCLÉ) <input type="checkbox"/>				
	ARV POUR LE TRAITEMENT DU VIH/SIDA UN LIEU COMMUN AVEC D'AUTRES MEDICAMENTS STOCKÉS DANS LA STRUCTURE (REPONSE 2 ENCLÉ)	<input type="checkbox"/>				
		ALLER A UN AUTRE SERVICE <input type="checkbox"/>				
941	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse (INTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	ZIDOVUDINE (ZDV, AZT) SIROP	1	2	3	4	5
03	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04	DIDANOSINE (ddI) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06	LAMIVUDINE (3TC) SIROP	1	2	3	4	5
07	STAVUDINE 30 (D4T)	1	2	3	4	5
08	STAVUDINE SIROP	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF)	1	2	3	4	5
10	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
942	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse (INNTI) sont disponibles aujourd'hui dans cette structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
03	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES/CAPSULES	1	2	3	4	5
04	EFAVIRENZ (EFV) SIROP	1	2	3	4	5
05	DELAVIRDINE (DLV)	1	2	3	4	5
943	Est-ce que les ARV suivants, du type inhibiteur de la protéase sont disponibles aujourd'hui dans cette structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	LOPINAVIR (LPV)	1	2	3	4	5
02	INDINAVIR (IDV)	1	2	3	4	5
03	NELFINAVIR (NFV)	1	2	3	4	5
04	SAQUINAVIR (SQV)	1	2	3	4	5
05	RITONAVIR (RTV)	1	2	3	4	5
06	ATAZANAVIR (ATV)	1	2	3	4	5
07	FOSAMPRENAVIR (FPV)	1	2	3	4	5
08	TIPRANAVIR (TPV)	1	2	3	4	5
09	DARUNAVIR (DRV)	1	2	3	4	5

944	Est-ce que les les ARV suivants, du type Inhibituer de Fusion ou ARV Combinés sont disponibles aujourd'hui dans la structure ? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) NON OBSERVE		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI /NSP	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ENFUVIRDITE (T-20)	1	2	3	4	5
02	STAVUDINE + LAMIVUDINE [D4T + 3TC]	1	2	3	4	5
03	STAVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [D4T + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
04	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE [AZT + 3TC]	1	2	3	4	5
05	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + ABACAVIR [AZT + 3TC + ABC]	1	2	3	4	5
06	ZIDOVUDINE + LAMIVUDINE + NEVIRAPINE [AZT + 3TC + NVP]	1	2	3	4	5
07	TENOFOVIR + EMTRICITABINE [TDF + FTC]	1	2	3	4	5
08	TENOFOVIR + LAMIVUDINE [TDF + 3TC]	1	2	3	4	5
09	TENOFOVIR + LAMIVUDINE + EFAVIRENZ [TDF + 3TC + EFV]	1	2	3	4	5
10	TENOFOVIR + EMTRICITABINE + EFAVIRENZ [TDF + FTC + EFV]	1	2	3	4	5

CONDITIONS DE STOCKAGE DES ARV

945	OBSERVEZ L'ENDROIT OU LES ARV SONT STOCKES ET INDIQUEZ L'EXISTENCE (OU L'ABSENCE) DE CHACUNE DES CONDITIONS DE STOCKAGE SUIVANTES.	OUI	NON
01	EST-CE QUE LES ARV SONT SUR LES PALETTES / ARMOIRE ?	1	2
02	EST-CE QUE LES ARV SONT PROTEGES CONTRE L'EAU ?	1	2
03	EST-CE QUE LES ARV SONT PROTEGES CONTRE LE SOLEIL ?	1	2
04	EST-CE QUE LA PIECE EST SANS TRACE DE LA PRESENCE DE RONGEURS (CHAUVE-SOURIS, RATS) OU ANIMAUX NUISIBLES (CAFARDS, ETC)?	1	2
05	EST-CE QUE LA PIÈCE EST BIEN AÉREE?	1	2
946	EST-CE QUE LES ARV SONT ENTREPOSES SELON LA DATE D'EXPIRATION ("le premier a etre perime", "le premier a sortir")?	OUI, TOUS LES MEDICAMENTS..... OUI, SEULEMENT QUELQUES MEDICAMENTS..... NON.....	1 2 3
947	Quel est le système utilisé dans cette structure pour gérer la quantité d'ARV reçue, la quantité distribuée et la quantité restante aujourd'hui? DEMANDER A VOIR LE SYSTÈME ET ENREGISTRER CE QUI EST OBSERVE	SYSTÈME INFORMATISÉ MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT... REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK MIS A JOUR QUOTIDIEN 2 SYSTÈME INFORMATISÉ PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE DES ARV DISTRIBUÉS..... REGISTRE D'INVENTAIRE/DE STOCK PAS MIS A JOUR QUOTIDIENNEMENT, MAIS EXISTENCE D'UN REGISTRE POUR LES ARV DISTRIBUÉS..... AUTRE SYSTÈME _____ (SPECIFIER)	1 2 3 4 6
948	L' INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LA PHARMACIE <input type="checkbox"/> ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT. <input type="checkbox"/>	L'INTERVIEW A PRESENTEMENT LIEU DANS LE SERVICE DE ARV <input type="checkbox"/> REMERCIEZ VOTRE REPONDANT DANS LE SERVICE DE ARV ET ALLEZ AU SITE DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT. <input type="checkbox"/>	

MODULE 3: DISPONIBILITE DES SERVICES SPECIFIQUES

SECTION 10: VACCINATION DES ENFANTS

1000	VERIFIEZ Q102.01 SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS DISPONIBLE	PAS DE SERVICE DE VACCINATION DES ENFANTS <input type="checkbox"/> <div style="text-align: center; margin-top: 10px;"> SECTION SUIVANTE OULIEU DE SERVICE SUIVANT </div>		
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE LE PRINCIPAL ENDROIT OÙ LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SONT FOURNIS DANS LA STRUCTURE . IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE VACCINATION INFANTILE SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.				
1001	Je voudrais maintenant vous poser des questions spécifiquement sur les services de vaccination pour les enfants de moins de 5 ans. Pour chacun des services suivants, veuillez me dire si le service est offert par votre structure , et si oui, combien de jours par mois ce service est-il dispensé dans la structure , et combien de jours par mois dans la communauté.			
	SERVICE DE VACCINATION INFANTILE (UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS)	(a) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # JOURS PAR MOIS SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE	
01	Vaccination Pentavalent (DTC+Hib+HepB)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/>	
02	Vaccination Polio	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/>	
03	Vaccination Rougeole (VAR)	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/>	
04	Vaccination BCG	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/>	
1002	Est-ce que les directives/protocoles/normes nationales en matière de vaccination infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON		1 2 → 1004
1003	Puis-je les voir ?	OBSERVEES RAPPORTEES, PAS VUES. 1 2		→ 1006
1004	Y a-t-il d'autres types de normes/directives en matière de vaccination infantile qui sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI NON		1 2 → 1006
1005	Puis-je les voir ?	OBSERVEES RAPPORTEES, PAS VUES. 1 2		
1006	DEMANDEZ A VOTRE REPONDANT DE VOIR LES ELEMENTS NECESSAIRES POUR LES SERVICES DE VACCINATION	OBSERVE	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	Cartes ou carnets individuels de vaccination vierges	1	2	3
02	Feuilles de pointage (contrôle)	1	2	3
03	Registre de vaccination	1	2	3
1007	Est-ce que cette structure conserve habituellement ses vaccins, ou bien les fait chercher aupres d'une autre structure où ces vaccins lui sont livrés quand les services sont fournis?	CONSERVE LES VACCINS. 1 SE RAVITAILLE AILLEURS. 2		→ 1014
1008	DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU LES VACCINS SONT CONSERVES. DEMANDER A VOIR LE REFRIGERATEUR.	REFRIGERATEUR OBSERVE. 1 REFRIGERATEUR PAS OBSERVE. 2		→ 1014

1009	Avez-vous une feuille de température (un graphique de suivi de la chaîne de froid)?	OUI NON	..... 2	1 2	→ 1012
1010	Puis-je le voir?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU.	..... 2	1 2	→ 1012
1011	VERIFIEZ SI LE GRAPHIQUE DE SUIVI DE LA TEMPERATURE A ÉTÉ REMPLI DEUX FOIS PAR JOUR, CHAQUE JOUR, AU COURS DES 30 DERNIERS JOURS, Y COMPRIS LE WEEK-END ET LES JOURS FERIÉS	OUI, REMPLI NON, PAS REMPLI	..... 2	1 2	
1012	S'il vous plaît, dites-moi si chacun des vaccins suivants est disponible aujourd'hui dans la structure . Si oui, je voudrais le voir. SI C'EST DISPONIBLE, VERIFIEZ SI AU MOINS UN EST VALIDE(NON PERIME)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE	(B) NON OBSERVÉ			
01	DTC-Hib+HepB [PENTAVALENT]	AU MOINS UN VALIDE	AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
02	VACCIN ORAL POLIO	1	2	3	4	5
03	VACCIN ROUGEOLE ET DILUANT	1	2	3	4	5
04	VACCIN BCG ET DILUANT	1	2	3	4	5
1013	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGÉLATEUR?	ENTRE +2 ET +8 DEGRES. AU-DESSUS DE +8 DEGRES. EN-DESSOUS DE +2 DEGRES. THERMOMETRE NON FONCTIONNEL. PAS DE THERMOMETRE	..... 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
1014	Combien de glacières/boîtes isothermes avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES GLACIERES. UNE REPONSE RAPPORTEE PAR UN REPONDANT INFORME EST ACCEPTABLE	UN. DEUX OU PLUS. AUCUN.	..... 2 3	1 2 3	→ 1050
1015	Combien d'accumulateur de froid ou des paquets de glace avez-vous? DEMANDEZ A VOIR LES briquettes LES REPONSES RAPPORTÉES SONT ACCEPTABLES ATTENTION: 4-5 ACCUMULATEUR FONT UN LOT.	UN LOT. DEUX OU PLUS. UTILISATION DE LA GLACE ACHETEE PLUTOT. PAS D'ACCUMULATEUR.	..... 2 3 4	1 2 3 4	

PRECAUTIONS DE BASE

1050	<p>VISITEZ LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ A VOTRE REPONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ÊTÉ VISITÉ, INDIQUEZ DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ÊTÉ ENREGISTRÉES.</p>	CONSULTATIONS GENERALES (Q710)..... 11 SOINS INFANTILES CURATIFS (Q1250)..... 13 PLANNING FAMILIAL (Q1350)..... 14 CPN (Q1450)..... 15 PTME (Q1550)..... 16 MATERNITE (Q1650)..... 17 SERVICES IST 18 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH..... 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITE AVANT 31	SECTION SUIVANTE/SERVICE
1051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHE)	1	2
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2
04	POUBELLE A PEDALES, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALES, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5 %]	1	2
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2
10	MASQUES MEDICAUX	1	2
11	BLOUSES	1	2
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2
1052	DECRIEZ L'ENVIRONNEMENT DES SERVICES DE VACCINATION DES ENFANTS.	SALLE SEPARÉE..... 1 AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... 3 PAS D'INTIMITÉ..... 4	
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.			

SECTION 11: SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT

1100	VERIFIEZ Q102.02 SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SUIVI DE LA CROISSANCE DE L'ENFANT DISPONIBLE <input type="checkbox"/> SECTION/ SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>						
DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE SONT FOURNIS IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES SERVICES DE SUIVI DE LA CROISSANCE. SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.								
1101	S'il vous plait, dites-moi le nombre de jours par mois où les services de suivi de la croissance sont offerts dans cette structure , et le nombre de jours par mois dans la communauté UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE					
		# DE JOURS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	# DE JOURS 00=PAS DE <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> SERVICES					
1102	Est-ce que vous avez des directives/normes pour le suivi de la croissance de l'enfant qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI 1 NON 2	1 2 → 1104					
1103	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2						
1104	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL			
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP	
		1 → b	2 → b	3 → 02 ←	1	2	8	
		1 → b	2 → b	3 → 03 ←	1	2	8	
		TOISE	1 → b	2 → b	3 → 04 ←	1	2	8
		METRE RUBAN [POUR PERIMETRE BRACHIAL]	1	2	3 → 05 ←			
COURBES DE CROISSANCE / CARTE DE CPS	1	2	3 → 06 ←					
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.								

SECTION 12: SOINS CURATIFS INFANTILES

1200	VERIFIEZ Q102.03 SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE SOINS CURATIFS DISPONIBLE <input checked="" type="checkbox"/> SECTION/SERVICE SUIVANT(E) <input type="checkbox"/>			
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRÉ L'ENDROIT OU LES SERVICES DE SOINS CURATIFS INFANTILES SONT DÉLIVRÉS. IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SOINS CURATIFS INFANTILES. SE PRÉSENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
1201	Veuillez me dire le nombre de jours par mois, où les consultations ou les soins curatifs sont offerts dans cette structure pour les enfants de moins de 5 ans, et le nombre de jours par mois où ils sont fournis dans la communauté. UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS	(a) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA STRUCTURE	(b) # DE JOURS PAR MOIS OU LE SERVICE EST FOURNI DANS LA COMMUNAUTE / SITE DES SOINS COMMUNAUTAIRES		
01	Consultation ou soins curatifs pour les enfants malades	# DE JOURS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	# DE JOURS 00=PAS DE SERVICES <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
1202	Veuillez me dire si les prestataires en services de santé infantile, offrent les services suivants			OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	
01	DIAGNOSTIQUENT ET/OU TRAIENT LA MALNUTRITION INFANTILE			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
02	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN VITAMINE A			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
03	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN FER			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
04	DONNENT LA SUPPLEMENTATION EN ZINC			1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	
1203	Est-ce que les prestataires de services de prise en charge des enfants malades suivent les directives/normes de la PCIME dans les prestations de services aux enfants de moins de 5 ans?	OUI. 1 NON 2			
1204	Est-ce que les directives/normes de la PCIME pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles, sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI. 1 NON 2 <input type="checkbox"/> 1206			
1205	Puis-je les voir?	OBSERVE 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2 <input type="checkbox"/> 1208			
1206	Est-ce que d'autres directives/normes pour le diagnostic et la gestion des maladies infantiles sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI. 1 NON 2 <input type="checkbox"/> 1208			
1207	Puis-je les voir ?	OBSERVE 1 RAPPORTÉ, PAS VU. 2			
1208	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel certaines observations et paramètres sont systématiquement relevés sur les enfants malades, avant la consultation pour la maladie déclarée? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OU SE DEROULENT CES ACTIVITES AVANT LA CONSULTATION PROPREMENT DITE	OUI. 1 NON 2 <input type="checkbox"/> 1210			
1209	OBSERVEZ SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE DEMANDEZ : Est-ce que [ACTIVITE QUE VOUS N'AVEZ PAS VUE] est faite systématiquement pour tous les enfants malades ?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FAÇON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée de l'enfant	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
02	Inscription du poids de l'enfant sur un diagramme	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
03	Prise de la température de l'enfant	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
04	Vérification du carnet de vaccination	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
05	Causerie éducative	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
06	Administration des antipyrrétiques et/ou pose d'un linge mouillé pour réduire la température du corps	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	
07	Triage des enfants malades, c'est-à-dire donner priorité à ceux qui sont plus gravement malades	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/>	2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>	3 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/>	

1210	Je voudrais savoir si les éléments suivant existent dans ce service et sont fonctionnels. Je voudrais aussi les voir.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE POUR ENFANT (GRADUATION 250 gr)	1 → b	2 → b	3 02 ↘	1	2	8
02	PESE-PERSONNE POUR BEBE (GRADUATION 100 gr)	1 → b	2 → b	3 03 ↘	1	2	8
03	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 04 ↘	1	2	8
04	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 05 ↘	1	2	8
05	Un chronomètre ou une montre affichant les secondes (minuteur)	1 → b	2 → b	3 06 ↘	1	2	8
06	le personnel a des montres qui affichent les secondes	1	2	3			
07	Un mesureur calibré à un 1/2 ou 1-litre pour la SRO	1	2	3			
08	Tasse et cuillère	1	2	3			
09	Paquets ou sachets SRO	1	2	3			
10	Au moins 3 seaux (pour laver les tasses)	1	2	3			
11	Table/Lit de consultation	1	2	3			
1211	Veuillez me dire si vous disposez des materiels suivants. SI OUI, DEMANDER A VOIR	(A) DISPONIBLE		PAS DISPONIBLE			
01	Fiches de la PCIME	1	2	3			
02	Cartes conseil sur la PCIME (carte d'information des mères sur la PCIME)	1	2	3			
03	Autres supports visuels pour éduquer les gardiennes d'enfant	1	2	3			
*04	Livret de tableaux cliniques/ordinogramme	1	2	3			
*05	Fiche de réhydratation	1	2	3			
1212	Est-ce que des informations sanitaires individuelles sur les enfants malades sont conservées dans ce service (par exemple carte ou carnet de santé/ fiche de consultation)			OUI..... NON.....	1 2	→ 1250	
1213	Puis-je voir un exemplaire vierge?			OBSERVE RAPPORTÉ, PAS VU.....	1 2		

PRECAUTIONS DE BASE

1250	<p>VISITEZ LA SALLE/L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ A VOTRE REPONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETE VISITE, INDIQUEZ DANS QUEL SERVICE LES DONNEES ONT ETE ENREGISTREES.</p>	CONSULTATIONS GENERALES..... VACCINATION INFANTILE..... PLANNING FAMILIAL..... CPN..... PTME..... MATERNITE..... SERVICES IST..... TUBERCULOSE..... COUNSELING ET DEPISTAGE VIH..... MALADIES NON TRANSMISSIBLES..... CHIRURGIE MINEURE..... PAS VISITE AVANT	11	SERVICE SUIVANTE
			12 14 15 16 17 18 19 21 22 23 31	
1251	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALES, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALES, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1252	DECRIEZ L'ENVIRONNEMENT DES SERVICES DES SOINS AUX ENFANTS MALADES	SALLE SEPARÉE..... AUTRE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT..... PAS D'INTIMITÉ.....	1 2 3 4	
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 13: PLANIFICATION FAMILIALE

1300	VERIFIEZ Q102.04	FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PF	<input type="checkbox"/>	PAS DE FOUNITURE DE SERVICES POUR LA PF	<input type="checkbox"/>	
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT						
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON FOURNIT LES SERVICES DE PF DANS LA STRUCTURE . IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PF. SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE CETTE ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.						
1301	Combien de jours par mois les services de PF sont-ils offerts dans cette structure ? UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1302	Est-ce que cette structure fournit (c'est-à-dire, stocke les produits), prescrit, conseille ou réfère les clientes pour l'une des méthodes suivantes de PF:	FOURNIT (STOCKE LE PRODUIT)	PRESCRIT/ CONSEILLE, OU REFERE	NON		
01	PILULES COMBINÉES (OESTRO-PROGESTATIVES)	1	2	3		
02	PILULES PROGESTATIVES	1	2	3		
03	CONTRACEPTIFS INJECTABLES COMBINÉS (OESTRO-PROGESTATIFS)	1	2	3		
04	CONTRACEPTIFS INJECTABLES PROGESTATIFS	1	2	3		
05	CONDOMS MASCULINS	1	2	3		
06	CONDOMS FEMININS	1	2	3		
07	DISPOSITIF INTRA-UTERIN (DIU)/ STERILET	1	2	3		
08	IMPLANT	1	2	3		
09	PILULES CONTRACEPTIVES D'URGENCE (PILULES DU LENDEMAIN)	1	2	3		
10	METHODE NATURELLE (SUIVI DU CYCLE PAR LA METHODE ABSTINENCE RYTHMIQUE/COLLIER)	1	2	3		
11	CONSEILS AUX CLIENTES SUR LA CONTINENCE PERIODIQUE		2	3		
12	STERILISATION MASCULINE	1	2	3		
13	STERILISATION FEMININE	1	2	3		
14	AUTRES METHODES (PAR EX., SPERMICIDE OU DIAGPHRAGME)	1	2	3		
1303	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service ?	OUI..... NON.....	1 2	→ 1305		
1304	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES..... RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 2	→ 1307		
1305	Est-ce ce que d'autres directives/normes en matière de PF sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI..... NON.....	1 2	→ 1307		
1306	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES..... RAPPORTÉES, PAS VUES.....	1 2			
1307	Est-ce des fiches ou des cartes individuelles des clients de PF sont conservées dans ce service ?	OUI..... NON.....	1 2	→ 1309		
1308	Puis-je les voir ?	OBSERVÉE..... RAPPORTÉE, PAS VUE.....	1 2			

1309	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED observations ou paramètres sont systématiquement relevés chez les clients de PF avant de faire la consultation? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR OU SE DEROULENT CES ACTIVITES.	OUI.....1 NON.....2	→ 1311		
1310	OBSERVER SI LES ACTIVITES CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI VOUS NE VOYEZ PAS UNE ACTIVITE, DEMANDEZ: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FACON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée des clientes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Causerie éducative (de groupe)	1	2	3	8
1311	Dans ce service est-ce que les prestataires diagnostiquent et traitent systématiquement les IST, ou est-ce que les patients IST sont référés vers un autre prestataire dans cette structure ou vers une autre structure pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAIENT SYSTEMATIST..... DIAGNOSTIQUENT MAIS REFERENT POUR TRAITEMENT . REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE PR DIAGN ET TRAITEMENT REFERENT HORS DE LA STRUCTURE POUR DIAGN ET TRAITEMENT PAS DE DIAGNOSTIC/TRAITEMENT/REFERENCE.....	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	
1312	Est-ce que les prestataires en PF font des tests de dépistage du VIH dans ce service?	OUI.....1 NON.....2	→ 1314		
1313	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE.....1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE.....2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU.....3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI.....4	1 2 3 4		

EQUIPEMENTS ET MATERIELS

1314	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 ↘ 02 ↗	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1 → b	2 → b	3 ↗ 03 ↘	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 ↗ 04 ↘	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1 → b	2 → b	3 ↗ 05 ↘	1	2	8
05	TABLE GYNECOLOGIQUE TABLE DE CONSULTATION	1	2	3			
06	ECHANTILLON METHODES DE PF	1	2	3			
07	AUTRES SUPPORTS VISUELS SPECIFIQUES A LA PF [PAR EX. FLIP, CHARTS, DEPLIANTS]	1	2	3			
08	MODELE POUR DEMONTRER L'INSERTION DU DIU	1	2	3			
09	MODELE POUR DEMONTRER L'UTILISATION DU CONDOM	1	2	3			

1315	VERIFIEZ Q1302.07 & Q1302.08. (REPONSE "1" ENCLERLEE) DIU OU IMPLANT FOURNI DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	NI DIU <input type="checkbox"/> NI IMPLANT <input type="checkbox"/> FOURNI DANS LA STRUCTURE	1321
DEMANDEZ A ALLER DANS LA SALLE OU A L'ENDROIT OU LES DIU ET/OU LES IMPLANTS SONT INSERES OU RETIRES			
1316	Veuillez me montrer les éléments suivants pour l'insertion du DIU ou des implants:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
01	GANTS STERILES	1	2
02	SOLUTION ANTISEPTIQUE	1	2
03	PINCES EN COEUR	1	2
04	TAMPON DE GAZE OU COTON STERILE	1	2
1317	VERIFIEZ Q1302.07 (REPONSE "1" ENCLERLEE) DIU <input type="checkbox"/> FOURNI DANS LA STRUC <input type="checkbox"/>	DIU PAS <input type="checkbox"/> FOURNI DANS LA STRUCTURE	1319
1318	Veuillez SVP me montrer les éléments suivants pour la pose/ l'insertion du DIU:	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
01	SPECULUM VAGINAL- PETIT	1	2
02	SPECULUM VAGINAL- MOYEN	1	2
03	SPECULUM VAGINAL- LARGE	1	2
04	PINCE UTERINE DE POZZI/ PINCE A COL	1	2
05	SONDE UTERINE / HYSTEROMETRE	1	2
1319	VERIFIEZ Q1302.08. (REPONSE "1" ENCLERLEE) IMPLANT FOURNI DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>	IMPLANT PAS <input type="checkbox"/> RNI DANS LA STRUCTURE	1321
1320	Veuillez me montrer les éléments suivants pour la pose/ de l'implant.	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
01	ANESTHESIANT LOCAL	1	2
02	SERINGUES ET AIGUILLES STERILES	1	2
03	CANULE ET TROCART POUR INSERER L'IMPLANT	1	2
04	PAQUET D'IMPLANT SCELLÉ	1	2
05	BISTOURI	1	2
06	KIT DE PETITE CHIRURGIE (PAR EX., PINCE ARTERIELLE)	1	2
1321	Où le matériel, tel que les speculums ou les pinces, déjà utilisé pour la fourniture de services en PF, est-il traité pour la réutilisation?	DANS LE SERVICE DE PF..... 1 LIEU CENTRAL DANS LA STRUCTURE 2 DANS LES DEUX ENDROITS 3 PAS DE TRAITEMENT DU MATERIEL DANS LA STRUCTURE 4	1350
1322	Quelle est, dans ce service, la méthode finale de traitement du matériel utilisé en PF? SONDEZ POUR TOUTES LES METHODES UTILISEES	AUTOCLAVE..... A STERILISATION A LA VAPEUR..... B IMMERSION DANS SOLUTION CHLORINE..... C FAIRE BOUILLIR OU CHAUFFER D NETTOYAGE AVEC EAU ET SAVON..... E TREMPE DANS UNE AUTRE SOLUTION ANTISEPTIQUE F	

PRECAUTIONS DE BASE

1350	VISITEZ LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDEZ AU REPONDANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETÉ VISITE, INDIQUEZ LE SERVICE OÙ LES DONNEES ONT DEJA ETÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES VACCINATION INFANTILE SOINS CURATIFS INFANTILES CPN PTME MATERNITE IST TUBERCULOSE COUNSELING ET DEPISTAGE VIH MALADIES NON TRANSMISSIBLES CHIRURGIE MINEURE PAS VISITE AVANT	11	SERVICE/SECTION SUIVANT →
			12 13 15 16 17 18 19 21 22 23 31	
1351	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DSIPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE/ AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1352	DECRIVEZ L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE DES SERVICES DE PF	SALLE SEPARÉE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT PAS D'INTIMITÉ	1 2 3 4	
1353	VERIFIEZ Q212 CONTRACEPTIFS PAS STOCKÉS OU STOCKÉS AILLEURS (REPONSE 1 PAS ENCLERCLÉE) →	PRODUITS CONTRACEPTIFS STOCKÉS DANS SERVICE DE PF (REPONSE 1 ENCLERCLÉE)	→	921
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 14: CONSULTATIONS PRENATALES

1400	VERIFIEZ Q.102.05 SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>	PAS DE SERVICE DE CPN DISPONIBLE DANS LA STRUCTURE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> SECTIONSUIVANTE OU SERVICE SUivant <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OÙ ON OFFRE LES SERVICES DE CPN DANS LA STRUCTURE . IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES CPN. SE PRESENTER, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUETE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.					
1401	Combien de jours par mois les CPN sont-elles offertes dans cette structure ? UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS/MOIS <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
1402	Est-ce que les prestataires de services CPN fournissent habituellement aux femmes enceintes, les services de CPN suivants?	OUI <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> NON <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
01	SUPPLEMENTATION EN FER	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
02	SUPPLEMENTATION EN ACIDE FOLIQUE	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
03	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
04	VACCINATION CONTRE LE TETANOS	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
1403	VERIFIEZ Q1402.04 VACCINATION ANTI TETANIQUE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> FOURNIE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>	VACCINATION ANTI TETANIQUE PAS FOURNIE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>	1406 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>		
1404	Est-ce que le vaccin anti tétanique est disponible tous les jours où les services de CPN sont offerts dans la structure ?	OUI <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 1 NON PAS TOUS LES JOURS DE CPN. <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2	1406 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>		
1405	Combien de jours par semaine la vaccination anti tétanique est-elle disponible dans la structure ?	JOURS PAR SEMAINE. <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> MOINS D'UN JOUR PAR SEMAINE. <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 0			
1406	Est-ce que les prestataires en CPN fournissent l'un des tests suivants aux femmes enceintes, comme faisant partie intégrante de la CPN? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LE KIT DU TEST OU L'EQUIPEMENT. SI LE TEST N'EST PAS FAIT, SONDER POUR SAVOIR S'IL EST FAIT DANS UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN KIT DE CHAQUE TEST EST VALIDE/NON PERIME	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE AU MOINS UN VALIDE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> DISPONIBLE NON VALIDE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>	(B) PAS OBSERVÉ RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> DISPONIBLE AILLEURS DANS LA STRUCTURE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>		
01	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 3 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 4 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 5 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
02	TEST D'ALBUMINURIE	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 3 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 4 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 5 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
03	TEST DE GLUCOSURIE	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 3 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 4 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 5 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
04	N'IMPORTE QUEL TEST RAPIDE D'ANEMIE	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 3 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 4 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 5 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			
05	TEST RAPIDE DE DEPISTAGE DE LA SYPHILIS	1 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 2 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 3 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 4 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> 5 <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>			

1407	Comme partie intégrante des CPN, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux femmes enceintes	OUI	NON
01	CONSEILS A FAIRE AU MOINS 4 CPN POUR CHAQUE GROSSESSE	1	2
02	CONSEILS SUR LA PREPARATION DE LA NAISSANCE ET DE L'ACCOUCHEMENT	1	2
03	CONSEILS SUR LE PLANNING FAMILIAL(TOUTES LES FEMMES)	1	2
04	CONSEILS SUR LE VIH/SIDA	1	2
05	CONSEILS SUR LE PALUDISME ET L'UTILISATION DES MOUSTIQUAIRES IMPREGNEES D'INSECTICIDE POUR SE PROTEGER DES PIQURES DES MOUSTIQUES	1	2
06	CONSEILS SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	1	2
07	CONSEILS SUR LES SOINS AU NOUVEAU-NE	1	2
08	CONSEILS SUR LES VISITES POST NATALES	1	2
1408	Dans cette structure , est-ce que les prestataires en CPN font systématiquement le diagnostic et le traitement des IST, ou les femmes enceintes atteintes d'IST sont référées à un autre prestataire ou une autre structure pour le diagnostic et le traitement?	DIAGNOSTIQUENT/TRAIENT SYSTEMAT IST.....1 DIAGNOSTIQUENT MAIS REFERENT POUR TRAITEMENT . 2 REFERENT AILLEURS DANS LA STRUCTURE PR DIAGN ET 3 REFERENT HORS DE LA STRUCTURE POUR DIAGN ET TR/4 PAS DE DIAGNOSTIC/TRAITEMENT/REFERENCE.....5	
1409	Est-ce que les directives/normes nationales pour les CPN sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI.....1 NON.....2	→ 1411
1410	Puis-je les voir ? ACCEPTABLE SI INCLUES DANS D'AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES .....1 RAPPORTÉES, PAS VUES.....2	→ 1413
1411	Est-ce que d'autres types de directives/normes sur les CPN sont disponibles dans ce service aujourd'hui?	OUI.....1 NON.....2	→ 1413
1412	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES .....1 RAPPORTÉES, PAS VUES.....2	
1413	Est-ce que des directives/normes sur le traitement intermittent du paludisme sont disponibles dans ce service?	OUI.....1 NON.....2	→ 1415
1414	Puis-je les voir ? ACCEPTABLE SI FAISANT PART DES AUTRES DIRECTIVES.	OBSERVÉES .....1 RAPPORTÉES, PAS VUES.....2	
1415	Est-ce qu'il y a des supports visuels pour l'éducation des femmes enceintes, sur des sujets portant sur la grossesse et les soins prénatals, qui sont disponibles aujourd'hui dans ce service?	OUI.....1 NON.....2	→ 1417
1416	Puis-je les voir ?	OBSERVÉS .....1 RAPPORTÉS, PAS VUS.....2	
1417	Est-ce que des cartes ou des fiches-clientes individuelles pour les CPN ou CPoN sont conservées dans ce service?	OUI.....1 NON.....2	→ 1419
1418	Puis-je les voir?	OBSERVÉE .....1 RAPPORTÉE, PAS VUE.....2	
1419	Est-ce que cette structure dispose d'un système par lequel les observations ou les paramètres des femmes enceintes sont systématiquement relevés avant la CPN? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR L'ENDROIT OÙ CES ACTIVITÉS SE DÉROULENT.	OUI.....1 NON.....2	→ 1421

1420	OBSERVEZ POUR VOIR SI LES ACTIVITÉS CI-DESSOUS SONT FAITES SYSTEMATIQUEMENT. SI UNE ACTIVITÉ N'EST PAS OBSERVÉE, DEMANDEZ: Est-ce que [ACTIVITE NON OBSERVEE] est systématiquement faite pour toutes les clientes en CPN?	ACTIVITÉ OBSERVÉE	ACTIVITÉ RAPPORTÉE PAS VUE	ACTIVITÉ PAS FAITE DE FAÇON SYSTEMATIQUE	NSP
01	Pesée des femmes enceintes	1	2	3	8
02	Prise de la tension	1	2	3	8
03	Causerie éducative	1	2	3	8
04	Test d'albumine	1	2	3	8
05	Test d'anémie	1	2	3	8
06	Diagnostic rapide du paludisme	1	2	3	8
07	Conseil et dépistage du VIH (CDV) chez la femme enceinte	1	2	3	8
08	Prise de la taille	1	2	3	8

EQUIPEMENT ET MATERIELS POUR LES CPN

1421	Je voudrais savoir si ces matériels suivants sont disponibles dans ce service et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1→b	2 → b	3 ↘ 02 ↖	1	2	8
02	TENSIOMETRE MANUEL	1→b	2 → b	3 ↘ 03 ↖	1	2	8
03	STETHOSCOPE	1→b	2 → b	3 ↘ 04 ↖	1	2	8
04	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1→b	2 → b	3 ↘ 05 ↖	1	2	8
05	STETHOSCOPE FŒTAL	1→b	2 → b	3 ↘ 06 ↖	1	2	8
06	PESE-PERSONNE POUR ADULTE	1→b	2 → b	3 ↘ 07 ↖	1	2	8
07	TABLE GYNECOLOGIQUE OU LIT DE CONSULTATION	1	2	3			
08	METRE RUBAN	1	2	3			
1422	Veuillez me dire si les médicaments / intrants suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE			(B) PAS OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTÉE DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE	
01	COMPRIMÉS DE FER	1	2	3	4	5	
02	COMPRIMÉS D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
03	COMPRIMÉS COMBINÉS DE FER ET D'ACIDE FOLIQUE	1	2	3	4	5	
04	SP / FANSIDAR POUR TRAITEMENT INTERMITTENT DU PALUDISME	1	2	3	4	5	
05	VACCIN ANTITETANIQUE	1	2	3	4	5	

PRECAUTIONS DE BASE

1450	<p>VISITEZ LA SALLE OU L'ENDROIT POUR IDENTIFIER LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR LES ELEMENTS QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REPONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETE VISITE, INDIQUEZ LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DEJA ETE ENREGISTREES.</p>	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS CURATIF INFANTILES 13 PF 14 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITE AVANT 31	SECTION SUIVANT	
			SECTION SUIVANT	
1451	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHE)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5%]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1452	DECRIEZ L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE DES SERVICES DE CPN	SALLE SEPARÉE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT PAS D'INTIMITÉ	1 2 3 4	
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 15: PREVENTION DE LA TRANSMISSION MERE-ENFANT DU VIH

1500	VERIFIEZ Q102.06 FOURNITURE DE SERVICES POUR LA PTME	<input type="checkbox"/>	PAS DE SERVICES POUR LA PTME <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>	
ATTENTION!!! NE COMMENCEZ CETTE SECTION QU' APRES AVOIR FINI AVEC LA SECTION SUR LES CPN DEMANDER QU'ON VOUS MONTRÉ L'ENDROIT OÙ ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME DANS LA STRUCTURE . IDENTIFIER LA PERSONNE LA MIEUX INFORMÉE SUR LES SERVICES DE PTME. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.					
1501	Comme éléments faisant partie des services de PTME, veuillez me dire si les prestataires fournissent les services suivants aux clientes			OUI	NON
01	FOURNISSENT AUX FEMMES ENCEINTES DES CONSEILS SUR LE VIH ET UN DEPISTAGE			1	2
02	EFFECTUENT UN DEPISTAGE DES NOUVEAUX-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE			1	2
03	METTENT LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES SOUS PROPHYLAXIE ARV			1	2
04	METTENT LES NOUVEAUX-NES, NES DE MERE SEROPOSITIVE SOUS PROPHYLAXIE ARV			1	2
05	FOURNISSENT DES CONSEILS POUR L'ALIMENTATION DES BEBES ET ENFANTS POUR LA PTME			1	2
06	FOURNISSENT DES CONSEILS SUR LA NUTRITION POUR LES FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES ET LEURS ENFANTS			1	2
07	FOURNISSENT DES CONSEILS SUR LA PF AUX FEMMES ENCEINTES SEROPOSITIVES			1	2
1502	VERIFIEZ Q1501.01 COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES	<input type="checkbox"/>	PAS DE COUNSELING SUR LE VIH ET DEPISTAGE DES FEMMES ENCEINTES	<input type="checkbox"/>	1506
1503	EST-CE QUE C'EST LE MEME ENDROIT OU ON FOURNI LES SERVICES DE CPN?	OUI, C'EST LE SERVICE DE CPN..... NON, C'EST UN ENDROIT DIFFERENT.....	1 2		→ 1506
1504	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI..... NON.....	1 2		→ 1506
1505	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR pour le VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	1 2 3 4		
1506	VERIFIEZ Q1501.02 COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS	PAS DE COUNSELING SUR VIH CHEZ LES ENFANTS ET DEPISTAGE DES ENFANTS	<input type="checkbox"/>		1509
1507	Est-ce que dans ce service, les prestataires utilisent un papier filtre pour collecter les gouttes de sang séché (DBS) pour le dépistage des enfants ?	OUI..... NON.....	1 2		→ 1509
1508	Puis-je voir un exemplaire? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	1 2 3 4		
1509	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... NON.....	1 2		→ 1511
1510	Puis-je les voir? PEUT ETRE UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES..... RAPPORTÉES, PAS VUES	1 2		→ 1513
1511	Est-ce que d'autres types de directives/normes sur la PTME sont disponibles dans ce service?	OUI..... NON.....	1 2		→ 1513
1512	Puis-je les voir?	OBSERVÉES..... RAPPORTÉES, PAS VUES	1 2		
1513	Est-ce que des directives pour le counseling sur l'alimentation du bébé et de l'enfant sont disponibles dans ce service?	OUI..... NON.....	1 2		→ 1515

1514	Puis-je les voir PEUT FAIRE PARTI D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2				
1515	Est-ce que dans ce service, vous stockez des ARV pour la PTME?	OUI 1 NON 2				
1516	Veuillez me dire si les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIMÉ)	(A) OBSERVÉ DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVÉ		
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE NON VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS ÉTÉ DISPONIBLE
01	ZIDOVUDINE (AZT) COMPRIMES	1	2	3	4	5
02	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4	5
03	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
04	LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4	5
05	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4	5
06	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4	5
07	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2	3	4	5
08	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4	5
09	ZIDOVUDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4	5
10	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4	5
11	ZIDOVUDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4	5
12	LAMIVUDINE (3TC)+EFAVIRENZ (EFV) + TENOFOVIR (TDF)	1	2	3	4	5

PRECAUTIONS DE BASE

1550	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER AU REPONDANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDICER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 MATERNITE 17 SERVICES IST 18 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITÉ AVANT 31		S E C T I O N S U I V A N T E
1551	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHE)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0.5%, ...]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3

1552	DEMANDER A VOIR LE LIEU OU ON DELIVRE LES SERVICES DE PTME.	SALLE SEPARÉE	1	
	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA PIECE OU L'ENDROIT.	SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE..... INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT PAS D'INTIMITÉ	2 3 4	
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 16: ACCOUCHEMENT ET CONSULTATIONS POST NATALES

1600	VERIFIEZ Q102.07 OFFRE DES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU CPoN	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR ACCOUCHEMENT NORMAL ET/OU CPoN		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRÉ L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES POUR ACCOUCHEMENT PAR VOIX BASSE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES D'ACCOUCHEMENT. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
1601	Est-ce qu'un prestataire qualifié en matière d'accouchement, est présent dans la structure ou disponible sur appel, tout le temps (24h/24) y compris les weekends, pour fournir ces services? Je me réfère spécifiquement aux médecins, assistants médicaux, infirmiers et sage-femme supérieurs, infirmiers et sage-femme diplômés. A ADAPTER SELON LE SYSTEME DU PAYS	OUI	1	→ 1604			
1602	Est-ce qu'il y a un tableau de permanence/horaire de garde, ou un programme journalier d'affectation du personnel?	NON	2				
1603	Puis-je le voir	OBSERVÉ	1				
		RAPPORTÉ, PAS VU	2				
ACTIVITÉS ESSENTIELLES EN CAS D'ALERTE							
1604	Veuillez me dire si les services suivants ont une fois été fournis par les prestataires de cette structure, en tant qu'élément de leur travail si oui, est-ce que ces services ont été fournis au moins une fois au cours des 3 derniers mois	(A) DÉJÀ ÉTÉ FOURNI DANS LA STRUCTURE			(B) FOURNI AU COURS DES 3 DERNIERS MOIS		
		OUI	NON	NSP	OUI	NON	NSP
01	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'ANTIBIOTIQUES (IV OU IM)	1→b	2 02	8 02	1	2	8
02	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE DE D'UN OXYTOCIQUE (IV OU IM)	1→b	2 03	8 03	1	2	8
03	ADMINISTRATION PAR VOIE PARENTERALE D'UN ANTICONVULSANT POUR TROUBLES HYPERTENSIFS DE LA GROSSESSE (IV OU IM)	1→b	2 04	8 04	1	2	8
04	ACCOUCHEMENT PAR VOIE BASSE ASSISTÉ	1→b	2 05	8 05	1	2	8
05	RETRAIT MANUEL DU PLACENTA	1→b	2 06	8 06	1	2	8
06	RETRAIT POSTPARTUM DE MATIÈRES RESIDUELLES (AMIU)	1→b	2 07	8 07	1	2	8
07	REANIMATION NEONATALE	1→b	2 08	8 08	1	2	8
08	CORTICOSTEROÏDES POUR UN TRAVAIL PREMATURE NOTE: PAS UNE ACTIVITÉ D'ALERTE	1→b	2 09	8 09	1	2	8
1605	Est-ce que les directives/normes nationales sur les soins obstétricaux d'urgence de base sont disponibles dans ce service?	OUI	1	→ 1607			
1606	Puis-je les voir ?	NON	2				
1607	Est-ce que vous avez les directives/normes nationales sur les soins obstétricaux d'urgence complets? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI	1	→ 1609			
1608	Puis-je les voir ?	NON	2				
		OBSERVÉES	1				
		RAPPORTÉES, PAS VUES	2				

1609	Est-ce que vous avez les directives/normes sur la prise en charge du travail prématuré? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'AUTRES DIRECTIVES.	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1611
1610	Puis-je les voir !?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2	
1611	Est-ce que dans cette structure on pratique la méthode kangourou pour les nouveaux né à faible poids?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1613
1612	Est-ce qu'il y a une salle séparée où on pratique la méthode kangourou ou est-ce intégré dans le principal service (pavillon) des CPoN / maternité ?	OUI, SALLE SEPARÉE..... 1 NON, INTEGRÉ..... 2	
1613	Est-ce que prestataires dans cette structure utilisent le partogramme pour surveiller le travail et l'accouchement?	OUI..... 1 PAS D'UTILISATION DE PARTOGRAMME..... 2	→ 1615
1614	Est-ce que dans cette structure, on utilise systématiquement, ou de manière sélective (certains cas seulement) le partogramme?	SYSTEMATIQUEMENT..... 1 SELECTIVEMENT..... 2	
1615	Combien de lits réservés au service maternité sont disponibles dans cette structure ?	# DE LITS RESERVES A LA MATERNITE NSP..... 998	
1616	Combien de tables d'accouchements sont disponibles dans ce service ?	# DE TABLES RESERVES AUX ACCOUCHEMENTS NSP..... 998	
1617	Est-ce que cette structure participe à une surveillance régulières de décès maternel (SDMR) et néonatale ou bien sur "les échappés belles"?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 1622
1618	Est-ce que ces analyses sont faites sur les mères seulement, les nouveaux-nés ou sur les deux à la fois?	POUR LES MERES SEULEMENT..... 1 POUR LES NOUVEAUX-NES SEULEMENT..... 2 POUR LES DEUX..... 3	→ 1621
1619	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité maternelle ou sur "les échappés belles" sont-elles faites?	CHAQUE: <input type="checkbox"/> SEMAINES SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT..... 53 NSP..... 98	
1620	VERIFIEZ Q1618: REPONSE "3" ENCERCLEE ↓	REPONSE "3" PAS ENCERCLEE <input type="checkbox"/> → 1622	
1621	A quelle fréquence les analyses sur la mortalité néonatale ou sur les "les échappés belles" sont-elles faites?	CHAQUE: <input type="checkbox"/> SEMAINE SEULEMENT QUAND UN CAS SURVIENT..... 53 TJRS AVEC CELLE SUR LA MORTALITE MATERNELLE..... 95 NSP..... 98	

EQUIPEMENTS ET MATERIELS POUR LES ACCOUCHEMENTS

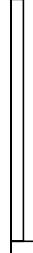
1622	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles dans ce service d'accouchement, et s'ils sont fonctionnels.	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	INCUBATEUR	1→b	2 → b	3 ↘ 02 ↘	1	2	8
02	AUTRE SOURCE EXTERNE DE CHALEUR	1→b	2 → b	3 ↘ 03 ↘	1	2	8
03	LAMPE D'EXAMEN (LAMPE DE POCHE OK)	1→b	2 → b	3 ↘ 04 ↘	1	2	8
04	ASPIRATEUR AVEC CATHETER	1→b	2 → b	3 ↘ 05 ↘	1	2	8
05	POIRE	1→b	2 → b	3 ↘ 06 ↘	1	2	8
06	VENTOUSE OBSTETRICALE	1→b	2 → b	3 ↘ 07 ↘	1	2	8
07	APPAREIL D'ASPIRATION OU KIT DE CURRETAGE	1→b	2 → b	3 ↘ 08 ↘	1	2	8
08	BALLON ET MASQUE RESPIRATOIRE	1→b	2 → b	3 ↘ 09 ↘	1	2	8
09	THERMOMETRE	1→b	2 → b	3 ↘ 10 ↘	1	2	8
10	THERMOMETRE POUR BASSE TEMPERATURE	1→b	2 → b	3 ↘ 11 ↘	1	2	8
11	PESE-BEBE	1→b	2 → b	3 ↘ 12 ↘	1	2	8
12	STETHOSCOPE FŒTAL	1→b	2 → b	3 ↘ 13 ↘	1	2	8
13	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1→b	2 → b	3 ↘ 14 ↘	1	2	8
14	TENSIOMETRE MANUEL	1→b	2 → b	3 ↘ 15 ↘	1	2	8
15	STETHOSCOPE	1→b	2 → b	3 ↘ 1623 ↘	1	2	8
1623	Est-ce que vous disposez des éléments suivants? Si oui, je voudrais les voir				OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	NSP/NON
01	TABLE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
02	BOITE D'ACCOUCHEMENT				1	2	8
03	FILS DE SUTURE POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
04	SPECULUM				1	2	8
05	CISEAUX POUR EPISIOTOMIE				1	2	8
06	CISEAUX OU LAMES POUR CORDON OMBILICAL				1	2	8
07	MATERIEL ET AIGUILLES POUR SUTURE				1	2	8
08	PORTE-AIGUILLES				1	2	8
09	PINCE (LARGE)				1	2	8
10	PINCE (MOYEN)				1	2	8
11	PORTE-COMPRESSES				1	2	8
12	PARTOGRAMME VIERGE				1	2	8

1624	Est-ce que cette structure observe systématiquement les pratiques suivantes, qui concernent le postpartum ou les nouveaux-nés?	OUI	NON	NSP/NON		
01	Poser le bebe sur le ventre de la mere juste apres l'accouchement (Contact Peau sur Peau)	1	2	8		
02	Sécher et couvrir les nouveaux-nés pour les réchauffer	1	2	8		
03	Commencer l'allaitement dans l'heure qui suit l'accouchement	1	2	8		
04	Examen systématique et complet (de la tête aux pieds) du nouveau-né avant sa sortie	1	2	8		
05	Aspiration à l'aide d'un catheter	1	2	8		
06	Aspiration à l'aide d'une poire	1	2	8		
07	Pesée immédiate du nouveau-né	1	2	8		
08	Administration de Vitamin K au nouveau-né	1	2	8		
09	Application de la Tetracycline dans les deux yeux	1	2	8		
10	Donner un bain complet (plonger le nouveau-né dans de l'eau) peu après (c'est-à-dire dans les minutes/heures) après la naissance	1	2	8		
11	Donner au nouveau-né le colostrum	1	2	8		
12	Donner au nouveau-né la dose zéro du vaccin polio oral (VPO) avant la sortie	1	2	8		
13	Vacciner le nouveau-né au BCG avant sa sortie	1	2	8		
1625	Veuillez me dire si les médicaments ou les éléments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE			
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	NON, OU JAMAIS DISPONIBLE
01	POMMADE ANTIBIOTIQUE POUR LES YEUX	1	2	3	4	5
02	ANTIBIOTIQUE INJECTABLE (PAR EX., CEFTRIAXONE)	1	2	3	4	5
03	UTEROTONIQUE INJECTABLE (PAR EX., OXYTOCINE)	1	2	3	4	5
04	SULFATE DE MAGNESIUM	1	2	3	4	5
05	DIAZEPAM INJECTABLE	1	2	3	4	5
06	SOLUTION IV (EXPANSEURS DU VOLUME PLASMATIQUE) AVEC LE NECESSAIRE A PERfusion	1	2	3	4	5
07	DESINFECTANT POUR LA PEAU	1	2	3	4	5
08	4% SOLUTION DE CHORHEXIDINE (NETTOYAGE DU CORDON OMBILICAL)	1	2	3	4	5
09	INJECTION A L'HYDRALAZINE	1	2	3	4	5

PTME PENDANT LE TRAVAIL ET L'ACCOUCHEMENT

1626	Est-ce que dans ce service vous faites la PTME pour les femmes qui viennent pour accoucher?	OUI 1 NON 2			
1627	Est-ce que les prestataires en obstétrique font le dépistage du VIH dans ce service?	OUI 1 NON 2		→ 1629	
1628	Puis-je voir un exemplaire du kit TDR du VIH? VERIFIEZ POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	OBSERVE, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4			
1629	Est-ce que vous avez des stocks d'ARV pour la PTME, dans ce service?	OUI 1 NON 2		→ 1650	
1630	Veuillez me dire si les médicaments antirétroviraux suivants pour la PTME sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE	(B) NON OBSERVE		
01	ZIDOVUDINE (AZT) COMPRIMES	AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI
02	NEVIRAPINE (NVP) COMPRIMES	1	2	3	4
03	LAMIVUDINE (3TC) COMPRIMES	1	2	3	4
04	LOPINAVIR (LPV/r) COMPRIMES	1	2	3	4
05	ABACAVIR (ABC) COMPRIMES	1	2	3	4
06	EFAVIRENZ (EFV) COMPRIMES	1	2	3	4
07	TENOFOVIR DISOPROXIL FUMARATE (TDF) COMPRIMES	1	2	3	4
08	EMTRICITABINE (FTC)	1	2	3	4
09	ZIDOVUDINE (ZDV) + LAMIVUDINE (3TC)	1	2	3	4
10	NEVIRAPINE (NVP) SIROP	1	2	3	4
11	ZIDOVUDINE (AZT) SIROP	1	2	3	4
12	LAMIVUDINE (3TC)+EFAVIRENZ (EFV) + TENOFOVIR (TDF)	1	2	3	4

PRECAUTIONS DE BASE

1650	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS; DEMANDER AU REPONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITÉ INDIQUER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTRÉES.</p>	<p>CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 SERVICES IST 18 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITÉ AVANT 31</p>	 SECTION/SERVICE SUIVANTE	
1651	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES CLIENTES	OBSERVE	RAPPORTÉ, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3
04	POUBELLE A PEDALES, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALES, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%]	1	2	3
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3
11	BLOUSES	1	2	3
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3
1652	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA PIECE OU 'ENDROIT OU SE TROUVE LA MATERNITE	SALLE SEPARÉE 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ 4		
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.				

SECTION 17:PALUDISME

1700	VERIFIEZ Q102.08: OFFRE DE SERVICES POUR LE PALUDISME	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR LE PALUDISME <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS VENANT CONSULTER . POUR LE PALUDISME IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LES PRESTATIONS DE SERVICES SUR LE PALU. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1701	Combien de jours par mois, les services de prise en charge du paludisme sont disponibles dans votre structure ? [UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DE JOURS]	JOURS/MOIS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
1702	Est-ce que dans cette structure , les prestataires font le diagnostic du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1703	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins pour vérifier le diagnostic du paludisme soit par microscopie soit par tests rapides?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1704	Est-ce que les prestataires utilisent les tests sanguins toujours ou parfois seulement?	TOUJOURS. 1 PARFOIS SEULEMENT. 2	
1705	Est-ce que les prestataires utilisent le test de diagnostic rapide pour diagnostiquer le paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1706	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du paludisme? VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE. 1 OBSERVE, AUCUN VALIDE. 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU. 3 AUCUN DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	
1707	OBSERVEZ ET DEMANDEZ LA MARQUE OU LE TYPE DU KIT TDR DU PALUDISME SPECIFIQUE A CHAQUE PAYS	SD BIOLINE..... A FIRST RESPONSE..... B PARACHECK..... C PARAHIT..... D ICT..... E CARE START..... F AUTRE..... X	
1708	Est-ce que vous possédez un manuel de formation, une affiche ou autre aide pour l'usage de TDR du paludisme?	OUI 1 NON 2	→ 1710
1709	Puis-je le voir	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2	
1710	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement contre le paludisme?	OUI 1 NON 2	
1711	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de diagnostic et de traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1713
1712	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES 1 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
1713	Est-ce que d'autres types de directives pour le diagnostic et le traitement du paludisme sont disponibles aujourd'hui dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2 SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
1714	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.			

SECTION 18: INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

1800	VERIFIEZ Q102.09 OFFRE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR LES IST <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>
DEMANDEZ QU'ON VOUS MONTRÉ L'ENDROIT OU L'ON OFFRE LES SERVICES IST. IDENTIFIEZ LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR L'OFFRE DES SERVICES IST. PRÉSENTEZ-VOUS, EXPLIQUEZ LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1801	Combien de jours par mois les services IST sont disponibles dans cette structure ? [UTILISEZ UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE NOMBRE DES JOURS]	JOURS/MOIS <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
1802	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic des IST?	OUI 1 NON 2	→ 1804
1803	Comment se fait le diagnostic des IST?	APPROCHE SYNDROMIQUE SEULEMENT... 1 ETIOLOGIE (LABO) SEULEMENT..... 2 A LA FOIS SYNDROMIQUE ET ETIOLOGIQUE. 3	
1804	Est-ce que les prestataires prescrivent un traitement pour les IST?	OUI 1 NON 2	
1805	VERIFIEZ Q1802 ET Q1804 REPONSE "1" EN CERCLE DANS SOIT Q1802 OU Q1804 OU LES DEUX <input type="checkbox"/>	REPONSE "1" PAS EN CERCLE NI DANS Q1802 NI Q1804 <input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>
1806	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont référés pour un counseling et un dépistage du VIH, ou bien ce service leur est fourni dans ce lieu.	OUI 1 NON 2	→ 1810
1807	Est-ce que les patients IST consultés dans ce service sont systématiquement référés pour un counseling ou un dépistage du VIH, ou bien ils le sont seulement quand ils sont suspectés d'être infectés par le VIH?	SYSTEMATIQUEMENT REFERRE OU SERVICE OFFERT..... 1 SEULEMENT EN CAS DE SUSPICION D'INFECTION PAR LE HIV 2	
1808	Est-ce que les prestataires en IST font le dépistage dans ce service même?	OUI 1 NON 2	→ 1810
1809	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4	
1810	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et le traitement des IST sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1812
1811	Puis je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→ 1814
1812	Est-ce qu'il y a d'autres types de directives/normes pour le diagnostic et le traitement des IST qui sont disponibles dans ce service? ACCEPTABLE SI C'EST UNE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE.	OUI 1 NON 2	→ 1814
1813	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

1814	Est-ce que cette structure pratique la notification du partenaire pour les IST?	OUI 1 NON 2	→ 1816	
1815	Est-ce que la notification est toujours active (quand la structure contacte le partenaire) ou bien est-elle seulement passive quand la structure demande aux patients d'informer ou d'amener leurs partenaires)?	TOUJOURS ACTIVE 1 PARFOIS ACTIVE 2 SEULEMENT PASSIVE 3		
1816	Est-ce qu'on utilise des fiches ou des carnets de santé individuels?	OUI 1 NON 2	→ 1818	
1817	Puis-je voir une fiche individuelle ou un carnet de santé individuel, vierge ou pas.	OBSERVÉE 1 RAPPORTÉE, PAS VUE 2		
1818	DEMANDER A VOIR LES ELEMENTS SUIVANTS ET INDICER S'ILS SE TROUVENT DANS LA SALLE MEME DE COUNSELING OU DE CONSULTATION POUR LES PATIENTS IST, OU BIEN DANS UNE SALLE ADJACENTE.			
	SUPPORTS VISUELS POUR LA SENSIBILISATION DES PATIENTS:	OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	PAS DISPONIBLE
01	Sur les IST	1	2	3
02	Sur le VIH/SIDA	1	2	3
03	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3
04	Posters ou autre support visuels sur les IST (pourrait concerner aussi le VIH/SIDA)	1	2	3
05	Posters sur le VIH/SIDA	1	2	3
06	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom masculin	1	2	3
07	Modèle pour démontrer l'utilisation du condom féminin	1	2	3
	INFORMATION QUE LE PATIENT EMPORTE AVEC LUI			
08	Sur les IST	1	2	3
09	Sur le VIH/SIDA	1	2	3
10	Sur le cancer du col de l'utérus	1	2	3
11	Matériel d'IEC sur les condoms masculins	1	2	3
12	Matériels d'IEC sur les condoms féminins	1	2	3
13	Condoms masculins qu'on peut donner au patient	1	2	3
14	Condoms féminins qu'on peut donner au patient	1	2	3

PRECAUTIONS DE BASE

1850	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y ALES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETÉ VISITE, INDICER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DEJA ETÉ ENREGISTREES.</p>	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITE AVANT 31	 SECTION SUIVANTE/SERVICE		
1851	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS		OBSERVE	RAPPORTE, PAS VU	
	01 EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)		1	2	
	02 SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)		1	2	
	03 SOLUTION HYDROALCOLIQUE		1	2	
	04 POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE		1 06 ↗	2	
	05 AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)		1	2	
	06 BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")		1	2	
	07 GANTS EN LATEX JETABLES		1	2	
	08 DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5% ...]		1	2	
	09 SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOCANTES		1	2	
	10 MASQUES MEDICAUX		1	2	
	11 BLOUSES		1	2	
	12 PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]		1	2	
	13 NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE		1	2	
1852	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES IST	SALLE SEPARÉE 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ 4			
REMERCIER LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 19: TUBERCULOSE

1900	VERIFIEZ Q102.10 OFFRE DE SERVICES POUR LA TBC	<input type="checkbox"/> PAS D'OFFRE DE SERVICES POUR LA TBC	<input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRÉ L'ENDROIT OU ON FOURNIT LES SERVICES SUR LA TBC. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LA PRESTATION DE SERVICES SUR LA TBC. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.			
1901	Combien de jours par mois les services de santé sur la TBC sont-ils fournis? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DE JOURS	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
DIAGNOSTIC DE LA TUBERCULOSE			
1902	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic de la tuberculose chez un patient?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> →1904
1903	Quelle est la méthode la plus utilisée par les prestataires pour faire le diagnostic de la TBC? SONDER POUR DETERMINER LA METHODE LA PLUS UTILISEE.	EXAMEN DES CRACHATS SEULEMENT 1 RADIOGRAPHIE SEULEMENT 2 SOIT EXAMEN CRACHATS SOIT RADIO 3 A LA FOIS EXAMEN CRACHATS ET RADIO 4 SYMPTOMES CLINIQUES SEULEMENT 5	<input type="checkbox"/>
1904	Est-ce que les prestataires réfèrent des patients en dehors de la structure pour le diagnostic de la TBC?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> →1908
1905	Est-ce que cet établissement a un accord avec une structure de référence pour que les résultats des tests de dépistage de la TBC vous soient retournés, soit directement, soit par le patient?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/>
1906	Est-ce qu'il existe un document/registry des patients qui sont référés pour le diagnostic de la TBC?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> →1908
1907	Puis-je le voir ? VERIFIER SI LES RESULTATS DES DIAGNOSTICS Y SONT ENREGISTRES	REGISTRE VU (PAPIER) 1 REGISTRE VU (ELECTRONIQUE) 2 REGISTRE PAS VU 3	<input type="checkbox"/>
TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE			
1908	Est-ce que les prestataires de cette structure prescrivent un traitement contre la TBC ou bien gèrent les patients qui sont sous traitement anti-tuberculeux?	OUI 1 NON 2	<input type="checkbox"/> →1910
1909	Quel est le schéma ou l'approche thérapeutique que les prestataires utilisent pour le suivi des patients <u>nouvellement diagnostiqués</u> comme ayant la TBC? SONDER POUR AVOIR LA REPONSE CORRECTE	TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 2MOIS, SUIVI 4MOIS 1 TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 6MOIS 2 SUIVI APRES 2 MOIS DE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE EFFECTUE AILLEURS .. 3 DIAGNOSTIQUE ET TRAITE LE PATIENT HOSPITALISE REFERE AILLEURS POUR SUIVI 4 TRAITEMENT COMPLET SANS FAIRE LE TRAITEMENT DIRECTEMENT OBSERVE 5 DIAGNOSTIQUE, PRESCRIT/FOURNIT DES MEDICAMENTS SEULEMENT PAS DE SUIVI 6 DIAGNOSTIC SEULEMENT, PAS DE TRAITEMENT OU DE PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS 7	<input type="checkbox"/>

1910	VERIFIEZ Q1902 AND Q1908 DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <input type="checkbox"/>		PAS DE DIAGNOSTIC OU DE TRAITEMENT DE LA TBC <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT <input type="checkbox"/>	
1911	Est-ce qu'il existe un système pour dépister le VIH chez les patients qui viennent pour la TBC?	OUI 1 NON 2		→1913
1912	Puis-je voir un registre ou une preuve de ce système dépistage du VIH chez les patients de TBC? IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED D'UN REGISTRE	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVE 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU 2		
1913	Est-ce que le test de dépistage rapide du VIH est disponible dans ce service?	OUI 1 NON 2		→1915
1914	Puis-je voir un échantillon du kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4		
1915	Est-ce que les directives/normes nationales en matière de diagnostic et de traitement de la TBC sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2		→1917
1916	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1917	Est-ce que les directives/normes pour la gestion de la co-infection VIH et TBC sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2		→1919
1918	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1919	Est-ce que des directives/normes sur le traitement de la TMR sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2		→1921
1920	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2		
1921	VERIFIEZ Q1903 REPONSES 1, 3 OU 4 ENCERCLEES <input type="checkbox"/>		REPONSES 1, 3 OU 4 PAS ENCERCLEES <input type="checkbox"/>	1924
1922	Est-ce que vous avez dans ce service des crachoirs pour collecter des échantillons de crachat?	OUI 1 NON 2		→1924
1923	Puis-je en voir un?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 3		
1924	Avez-vous des directives/normes pour le contrôle de l'infection à la tuberculose dans ce service? PEUT FAIRE PARTIE D'UNE AUTRE DIRECTIVE	OUI 1 NON 2		→1950
1925	Puis-je en voir un?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2		

PRECAUTIONS DE BASE

1950	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPONDANT DE VOUS LES MONTRER. SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETÉ VISITE, INDICER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DEJA ETÉ ENREGISTREES.	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITE AVANT 31			 SECTION/SERVICE SUIVANT
1951	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3	
03	SOLUTION HYDRALCOLIQUE	1	2	3	
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3	
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%, ...]	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3	
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3	
11	BLOUSES	1	2	3	
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
1952	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SONT DELIVRES LES SERVICES DE TBC	SALLE SEPARÉE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT PAS D'INTIMITÉ	1 2 3 4		
1953	VERIFIEZ Q214 ANTI-TUBERCULEUX STOCKES AILLEURS OU OU PAS STOCKES (REPONSE 1 PAS ENERCLEE) 	ANTI-TUBERCULEUX STOCKES DANS LE SERVICE DE TBC  931 (REPONSE 1 ENERCLEE)			
REMERCIEZ LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 20: DEPISTAGE DU VIH

2000	VERIFIEZ Q102.11 OFFRE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE	<input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE DEPISTAGE DU VIH DANS LA STRUCTURE SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	<input type="checkbox"/>
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON OFFRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DE DEPISTAGE DU VIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LE COUNSELING ET LE DEPISTAGE DU VIH. SE PRESENTER. EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.				
2001	Combien de jours par mois les services de dépistage du VIH sont-ils offert dans la structure ? UTILISER UN MOIS DE 4 SEMAINES POUR CALCULER LE # DE JOURS	NOMBRE DES JOURS..... <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
2002	Quand un prestataire voudrait qu'un patient fasse le dépistage du VIH, ou bien quand le patient accepte de faire le test, quelle est la procédure qui est suivie? En d'autres termes, quelles sont les options possibles pour faire le test de dépistage? APRES QUE LA REPONSE EST DONNEE, SONDER POUR DETERMINER TOUTES LES AUTRES PROCEDURES POUR FAIRE LE DEPISTAGE DU VIH. ENCERCLER TOUT CE QUI S'APPLIQUE	TEST DE DEPISTAGE RAPIDE DANS LE SERVICE..... A PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE AU LABO... B PATIENT ENVOYE A UN AUTRE SERVICE DE LA STRUCTURE C PATIENT ENVOYE AU LABO DE LA STRUCTURE D PATIENT ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE..... E PRELEVEMENT DE SANG ICI ET ENVOYE A UN SERVICE EXTERNE F		
2003	VERIFIEZ Q2002 OFFRE DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" ENCERCLE)	<input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE DEPISTAGE RAPIDE DU VIH DANS CE SERVICE ("A" PAS ENCERCLE)	<input type="checkbox"/> 2005
2004	Puis-je voir un kit TDR du VIH? VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE.	OBSERVÉ, AU MOINS UN VALIDE..... 1 OBSERVÉ, AUCUN VALIDE..... 2 RAPPORTÉ DISPONIBLE, PAS VU..... 3 PAS DISPONIBLE AUJORD'HUI 4		
2005	Est-ce qu'il existe de dossier/fiche/carte individuelle pour les patients qui reçoivent des prestations dans ce service? (par ex., un carnet de santé). Cela inclus tout système, où les informations individuelles sur les patients sont enregistrées de telle sorte qu'un fichier de tous les soins et services sont disponibles dans un seul document?	OUI 1 NON 2		→2007
2006	Puis-je voir un exemplaire de dossier de malade?	OBSERVÉ..... 1 RAPPORTÉ, PAS VU..... 2		
2007	Est-ce que les directives/normes nationales sur le counseling et le dépistage du VIH sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2		→2009
2008	Puis-je les voir	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		→2011
2009	Est-ce que d'autres types de directives/normes sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2		→2011
2010	Puis-je les voir ?	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		
2011	Est-ce que le personnel de cette structure a accès à la prophylaxie post-exposition contre le VIH?	OUI 1 NON 2		
2012	Est-ce que des directives/normes écrites pour la prophylaxie post-exposition sont disponibles dans ce service? PEUT FAIRE PARTI D'UN AUTRE DOCUMENT	OUI 1 NON 2		→2014
2013	Puis-je les voir	OBSERVÉES..... 1 RAPPORTÉES, PAS VUES..... 2		
2014	VERIFIEZ Q2002 PRELEVEMENT DE SANG DANS LE SERVICE ("A" OU "B" OU "F" ENCERCLE)	<input type="checkbox"/>	PAS DE PRELEVEMENT DE SANG DANS SERVICE (NI "A" NI "B" NI "F" ENCERCLE)	<input type="checkbox"/> 2052

PRECAUTIONS DE BASE

2050	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON DELIVRE LES SERVICES DE COUNSELING ET DEPISTAGE SUR LE VIH POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETÉ VISITE, INDICER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DEJA ETÉ ENREGISTREES.</p>	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 TUBERCULOSE 19 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITE AVANT 31			→2053
2051	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2	3	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2	3	
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE	1	2	3	
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2	3	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2	3	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2	3	
07	GANTS EN LATEX JETABLES	1	2	3	
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%,...]	1	2	3	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2	3	
10	MASQUES MEDICAUX	1	2	3	
11	BLOUSES	1	2	3	
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2	3	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2	3	
2052	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU SE FAIT LE COUNSELLING ET DEPISTAGE DU VIH	SALLE SEPARÉE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT PAS D'INTIMITÉ	1 2 3 4		
2053	Est-ce que des condoms à donner aux patients qui recoivent des services de counseling et de dépistage du VIH, sont disponibles dans ce service?	OUI NON	1 2		→2055
2054	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS, AU MOINS UN VALIDE OBSERVÉS, AUCUN VALIDE RAPPORTÉS DISPONIBLE , PAS VUS. PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	1 2 3 4		
2055	VERIFIEZ Q2002 DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (SOIT "E" OU "F" ENCERCLE)	PAS DE DEPISTAGE EXTERNE DU VIH (NI "E" NI "F" ENCERCLE)			
2056	Est-ce que cette structure a un accord avec la structure de référence pour les tests, pour que les résultats soient retournés ici, soit directement soit par le patient?	OUI NON	1 2		
2057	Puis-je voir quelques evidence de cet accord?	OBSERVÉ RAPPORTÉ, PAS VU ACCORD VERBAL SEULEMENT	1 2 3		
REMERCIER LE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT SUIVANT DE COLLECTE DE DONNEES, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 21: TRAITEMENT DU VIH

2100 VERIFIEZ Q102.12

PAS DE TRAITEMENT DU VIH

TRAITEMENT DU VIH



SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT

DEMANDER A VOIR L'ENDOIT OU ON FOURNIT LES SERVICES DE TRAITEMENT DU VIH.
IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CES SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE
ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

2101	Est-ce que les prestataires de cette structure prescrivent un traitement ARV	OUI 1 NON 2	→ 2102
2102	Est-ce que les prestataires de cette structure font le suivi du traitement des personnes sous ARV, y compris la fourniture de services communautaires?	OUI 1 NON 2	
2103	VERIFIEZ Q2101 ET Q2102 REPONSE "1" ENCLERCEE DANS SOIT Q2101 OU Q2102 OU LES DEUX	REPONSE "1" PAS ENCLERCEE NI DANS Q2101 NI Q2102 <input type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT	
2104	Est-ce que les Directives/normes Nationales sur le traitement ARV sont disponibles ? dans ce service	OUI 1 NON 2	→ 2106
2105	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→ 2108
2106	Est-ce que d'autres types de directives/normes sur le traitement ARV sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→ 2108
2107	Puis-je les voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	

TESTS DE REFERENCE (BASE) AVANT LE TRAITEMENT ARV

2108	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer s'ils sont faits de façon systématique, de manière sélective ou jamais, avant de mettre un patient sous ARV.	TEST DE SITUATION DE REFERENCE EFFECTUÉ DE FAON			
		TEST	SYSTEMATIQUE	SELECTIVE	NON / JAMAIS	NSP
01	Hemoglobine/hematocrite	1	2	3	8
02	Formule sanguine complète (Hemogramme)	1	2	3	8
03	Comptage des cellules CD4+ (cellules T)	1	2	3	8
04	Charge virale VIH ARN	1	2	3	8
05	Test de grossesse pour les femmes	1	2	3	8
06	Bilan des fonctions rénales (creatinine sérique, urée et électrolytes)	1	2	3	8
07	Analyse d'urines	1	2	3	8
08	Tests de fonction hépatique	1	2	3	8
09	Test de crachat pour la TBC	1	2	3	8
10	Hepatite B	1	2	3	8
11	Radiographie du thorax	1	2	3	8
12	Tout autre test de façon systématique (SPECIFIER)	1	2	3	8

TESTS DE SUIVI DES PATIENTS SOUS TRAITEMENT ANTI RETROVIRAL (TAR)

2109	Pour chacun des tests suivants, veuillez SVP indiquer si un test de suivi est fait systématiquement, de manière sélective ou jamais pendant que le patient est sous TAR (c'est-à-dire pour le suivi)				
	TEST	TEST DE SUIVI EFFECTUE DE FACON			
01		1	2	3	8
02	1	2	3	8	
03	1	2	3	8	
04	1	2	3	8	
05	1	2	3	8	
06	1	2	3	8	
07	1	2	3	8	
08	1	2	3	8	
09	1	2	3	8	
10	1	2	3	8	
11	1	2	3	8	
12	1	2	3	8	
	(SPECIFIER)				
2110	VERIFIEZ Q216	ARV STOCKES AILLEURS OU PAS STOCKES	<input type="checkbox"/>	ARV STOCKES DANS LE SERVICE DE TAR	<input type="checkbox"/>
		(REPONSE 1 ou 5 PAS ENCERCLEE)		(REPONSE 1 ou 5 ENCERCLEE)	941
REMERCIEZ VOTRE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 22: SOINS ET SOUTIEN AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE VIH

2200	VERIFIEZ Q102.13 OFFRE DE SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT						
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON OFFRE LES SERVICES DE SOINS ET DE SOUTIEN AUX PVVIH. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR CE SUJET. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.						
2201	Veuillez SVP me dire si les prestataires de cette structure fournissent les services suivants pour les personnes vivant avec le VIH/SIDA:			OUI	NON	NSP
01	Prescrire un traitement contre toute infection opportuniste ou symptôme lié au VIH/SIDA? Cela inclut le traitement des infections fongiques topiques.			1	2	8
02	Faire un traitement systématique par voie intraveineuse des infections fongiques spécifiques telles que la méningite à cryptocoque			1	2	8
03	Faire un traitement pour le sarcome de Kaposi			1	2	8
04	Faire ou prescrire un traitement palliatif pour les patients, tel que la gestion des symptômes et de la douleur ou les soins infirmiers aux patients en phase terminale, ou très affaiblis.			1	2	8
05	Fournir des services de réhabilitation nutritionnelle. C'est-à-dire l'éducation et l'offre au patient de suppléments nutritionnels			1	2	8
06	Prescrire ou fournir un supplément de protéines enrichies			1	2	8
07	Soins pédiatriques pour les enfants atteints du VIH/SIDA			1	2	8
08	Prescrire ou fournir un traitement préventif contre la TB (INH + Pyridoxine)			1	2	8
09	Traitement préventif primaire contre les infections opportunistes, tel que le traitement préventif au Cotrimoxazole			1	2	8
10	Fournir ou prescrire un supplément en oligo-éléments tels que des vitamines ou du fer			1	2	8
11	Counseling et/ou services de PF			1	2	8
12	Fournir des condoms pour la prévention de la transmission du VIH			1	2	8
2202	Est-ce qu'il y a un système pour tester et dépister systématiquement la TBC chez les patients séropositifs?	OUI 1 NON 2			→ 2204	
2203	Puis-je voir le système ou l'évidence d'existence de ce système ?	SYSTEME OU REGISTRE OBSERVÉ 1 SYSTEME OU REGISTRE RAPPORTÉ, PAS VU. 2				
2204	Est-ce que des directives/normes nationales pour la gestion clinique du VIH/SIDA sont disponibles dans ce service ?	OUI 1 NON 2			→ 2206	
2205	Puis-je les voir	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2				
2206	Est-ce que les directives/normes sur les soins palliatifs sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2				
2207	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES. 2				
2208	Est-ce qu'il y a dans ce service des condoms à distribuer aux patients qui reçoivent les services?	OUI 1 NON 2			→ Section suivante	
2209	Puis-je voir quelques condoms?	OBSERVÉS, AU MOINS UN NON EXPIRE 1 OBSERVÉS, TOUS EXPIRE 2 RAPPORTÉS DISPONIBLE , PAS VUS. 3 PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI 4				
REMERCIEZ VOTRE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.						

SECTION 23: MALADIES NON TRANSMISSIBLES

2300	VERIFIEZ Q102.14 OFFRE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>	PAS D'OFFRE DE SERVICES SUR LES MALADIES CHRONIQUES	<input type="checkbox"/>
SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT				

DEMANDER QU'ON VOUS MONTRE L'ENDROIT OU ON RECOIT LES PATIENTS QUI ONT DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES OU CHRONIQUES, TELLES QUE LE DIABÈTE ET LES MALADIES CARDIOVASCULAIRES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR L'OFFRE DE TELS SERVICES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.

DIABÈTE

2301	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou traite le diabète ?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT 3 NON 4	→2310
2302	Est-ce que les directives/normes nationales sur le diagnostic et le traitement du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2304
2303	Puis-je les voir	OBSERVEES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→2310
2304	Est-ce que d'autres types de directives/normes sur le diagnostic et le traitement du diabète sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2310
2305	Puis-je les voir?	OBSERVEES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

MALADIES CARDIO-VASCULAIRES

2310	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic ou traitent les maladies cardio-vasculaires comme l'hypertension?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT 3 NON 4	→2320
2311	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et le traitement des maladies cardio-vasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2313
2312	Puis-je les voir?	OBSERVEES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→2320
2313	Est-ce que d'autres types de directives/normes pour le diagnostic et le traitement des maladies cardio-vasculaires sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2320
2314	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

2320	Est-ce que les prestataires de cette structure font le diagnostic et/ou traitent des maladies respiratoires chroniques ?	OUI, DIAGNOSTIC SEULEMENT 1 OUI, DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT 2 OUI, TRAITEMENT SEULEMENT 3 NON 4	→2325
2321	Est-ce que les directives/normes nationales pour le diagnostic et/ou le traitement des maladies respiratoires chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2323
2322	Puis-je les voir?	OBSERVEES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	→2325
2323	Est-ce que d'autres types de directives/normes pour diagnostic et/ou le traitement des maladies respiratoire chroniques sont disponibles dans ce service?	OUI 1 NON 2	→2325
2324	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE

2330	VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS DE BASE LISTES CI-DESSOUS.	SECTION 7 (EQUIPEMENT DE BASE)			1	→2350	
		PAS VISITE AVANT.....			2		
2331	Je voudrais savoir si les éléments suivants sont disponibles aujourd'hui dans le service general et s'ils sont fonctionnels DEMANDER A VOIR LES EQUIPEMENTS ET MATERIELS	(A) DISPONIBLE			(B) FONCTIONNEL		
		OBSERVÉ	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	PESE-PERSONNE/BALANCE POUR ADULTE	1 → b	2 → b	3 2	1	2	8
02	PESE ENFANT/BALANCE POUR ENFANT [GRADUATION 250 g]	1 → b	2 → b	3 3	1	2	8
03	PESE BEBE/BALANCE POUR BEBE [GRADUATION 100g]	1 → b	2 → b	3 4	1	2	8
04	TOISE POUR MESURER LA TAILLE	1 → b	2 → b	3 5	1	2	8
05	METRE RUBAN [POUR CIRCONFERENCE DE LA TETE]	1	2	3 6			
06	THERMOMETRE	1 → b	2 → b	3 7	1	2	8
07	STETHOSCOPE	1 → b	2 → b	3 8	1	2	8
08	TENSIOMETRE NUMERIQUE	1 → b	2 → b	3 9	1	2	8
09	TENSIOMETRE MANUEL (ELECTRONIQUE)	1 → b	2 → b	3 10	1	2	8
10	SOURCE DE LUMIERE (LAMP DE POCHE ACCEPTABLE)	1 → b	2 → b	3 11	1	2	8
11	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ADULTE]	1 → b	2 → b	3 12	1	2	8
12	BALLON D'AMBU ET MASQUE [POUR ENFANT]	1 → b	2 → b	3 13	1	2	8
13	NEBULISATEUR	1 → b	2 → b	3 14	1	2	8
14	CHAMBRE D'INHALATION	1	2	3 15			
15	DEBITMETRES	1 → b	2 → b	3 16	1	2	8
16	SATUROMETRE	1 → b	2 → b	3 17	1	2	8
17	CONCENTRATEURS (EXTRACTEURS) D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 18	1	2	8
18	BOUTEILLE D'OXYGENE REMPLIE	1 → b	2 → b	3 19	1	2	8
19	CANULE D'OXYGENE	1 → b	2 → b	3 20	1	2	8
20	KITS DE PERfusion-POUR ADULTE	1	2	3 21			
21	KITS DE PERfusion - POUR ENFANT	1	2	3 2350			

SALLE DE CONSULTATION DES PATIENTS

2350	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DÉJÀ ÉTÉ VISITE, INDICER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DÉJÀ ÉTÉ ENREGISTREES.</p>	<p>CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 CHIRURGIE MINEURE 23 PAS VISITE AVANT 31</p>	 SECTION SUIVANTE/SERVICE		
2351	PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS		OBSERVÉ	RAPPORTÉ, PAS VU	
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)		1	2	
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)		1	2	
03	SOLUTION HYDROALCOLIQUE		1	2	
04	POUBELLE A PEPALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE		1 ↗ 06 ↘	2	
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)		1	2	
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")		1	2	
07	GANTS JETABLES EN LATEX		1	2	
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%, ...]		1	2	
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES		1	2	
10	MASQUES MEDICAUX		1	2	
11	BLOUSES		1	2	
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]		1	2	
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE		1	2	
2352	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU S'OFFRE LES SERVICES DES MALADIES NON TRANSMISSIBLES	SALLE SEPARÉE 1 SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE 2 INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT 3 PAS D'INTIMITÉ 4			
REMERCIEZ VOTRE REONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT, S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OU VOUS ETES ACTUELLEMENT.					

SECTION 24: CHIRURGIE MINEURE

2400	VERIFIEZ Q102.15 OFFRE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>	PAS DE OFFRE DE SERVICES DE PETITE CHIRURGIE <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/> SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT <input style="width: 15px; height: 15px; vertical-align: middle;" type="checkbox"/>							
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRÉ L'ENDROIT OU ON FAIT LA PETITE CHIRURGIE. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR L'OFFRE DE SERVICES DE LA PETITE CHIRURGIE. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUÊTE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.									
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON POSE LES ACTES DE PETITE CHIRURGIE ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS									
2401	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE							
		OBSERVE	RAPPORTÉ PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP		
		01	PORTE-AIGUILLE (SUPPORT D'AIGUILLE)	1 → b	2 → b	3 02 ↘	1	2	8
		02	SCALPEL AVEC LAME (LAME DE BISTOURI)	1 → b	2 → b	3 03 ↘	1	2	8
		03	ECARTEUR (FARABOEUF)	1 → b	2 → b	3 04 ↘	1	2	8
		04	CISEAUX CHIRURGICAUX	1 → b	2 → b	3 05 ↘	1	2	8
		05	TUBE NASOGASTRIQUE (10-16G)	1 → b	2 → b	3 06 ↘	1	2	8
06	GARROT	1 → b	2 → b	3 07 ↘	1	2	8		
2402	Veuillez SVP me dire si le matériel ou les médicaments suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. Je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI UN AU MOINS EST VALIDE (NON PERIME)	(A) OBSERVE DISPONIBLE			(B) PAS OBSERVE				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP/ PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE			
		01	MATERIEL DE SUTURE ABSORBABLE	1	2	3	4	5	
		02	MATERIEL DE SUTURE NON-ABSORBABLE	1	2	3	4	5	
		03	DESINFECTANT DERMIQUE	1	2	3	4	5	
		04	LIDOCAINE / LIGNOCAINE INJECTION	1	2	3	4	5	
05	KETAMINE INJECTION	1	2	3	4	5			
2403	Est-ce qu'il y a des directives/normes sur la Gestion intégrée des urgences et des soins chirurgicaux de base?	OUI 1 NON 2			→ 2450				
2404	Puis-je les voir?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2							

PRECAUTIONS DE BASE

2450	<p>VISITER LA SALLE OU L'ENDROIT POUR VOIR S'IL Y A LES ELEMENTS LISTES CI-DESSOUS. POUR CEUX QUE VOUS NE VOYEZ PAS, DEMANDER A VOTRE REPONDANT DE VOUS LES MONTRER.</p> <p>SI LA MEME SALLE OU LE MEME ENDROIT A DEJA ETÉ VISITE, INDICER LE SERVICE OU LES DONNEES ONT DEJA ETÉ ENREGISTREES.</p>	CONSULTATIONS GENERALES 11 VACCINATION INFANTILE 12 SOINS CURATIFS INFANTILES 13 PLANNING FAMILIAL 14 CPN 15 PTME 16 MATERNITE 17 IST 18 TUBERCULOSE 19 COUNSELING ET DEPISTAGE VIH 21 MALADIES NON TRANSMISSIBLES 22 PAS VISITÉ AVANT 31	SECTION SUIVANTE
2451	MESURES DE PRECAUTIONS DE BASE ET CONDITIONS POUR LA CONSULTATION DES PATIENTS	OBSERVE	RAPPORTÉ PAS VU
01	EAU COURANTE (DU ROBINET, DANS UN SEAU AVEC ROBINET, OU UN PICHET)	1	2
02	SAVON POUR LE LAVAGE DES MAINS (PEUT ETRE DU SAVON LIQUIDE)	1	2
03	SOLUTION HYDROALCOOLIQUE	1	2
04	POUBELLE A PEDALE, AVEC COUVERCLE, GARNIE DE SACHET PLASTIQUE	1 06	2
05	AUTRE TYPE DE POUBELLE (SANS PEDALE, SANS SACHET PLASTIQUE INTERIEUR)	1	2
06	BOITE POUR OBJETS TRANCHANTS ("BOITE DE SECURITE")	1	2
07	GANTS JETABLES EN LATEX	1	2
08	DESINFECTANT [SOLUTION CHLOREE 0,5%,...]	1	2
09	SERINGUES JETABLES A USAGE UNIQUE OU SERINGUES AUTO-BLOQUANTES	1	2
10	MASQUES MEDICAUX	1	2
11	BLOUSES	1	2
12	PROTEGE-YEUX [LUNETTES-MASQUES OU PROTEGE-VISAGE]	1	2
13	NORMES ET PROTOCOLES SUR LES PRECAUTIONS DE BASE	1	2
2452	DECRIRE L'ENVIRONNEMENT DE LA SALLE OU DE L'ENDROIT OU S'OFFRE LE SERVICE DE PETITE CHIRURGIE	SALLE SEPARÉE SALLE AVEC INTIMITÉ AUDITIVE ET VISUELLE INTIMITÉ VISUELLE SEULEMENT PAS D'INTIMITÉ	1 2 3 4
REMERCIER VOTRE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.			

SECTION 25: ACCOUCHEMENT PAR CESARIENNE

2500	VERIFIEZ Q102.16 OFFRE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE		<input type="checkbox"/> PAS D'OFFRE DE SERVICES DE CESARIENNE DANS LA STRUCTURE	<input type="checkbox"/>	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT		
DEMANDER A VOIR L'ENDROIT OU L'ON PRATIQUE LES CESARIENNES. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMEE SUR LA PRATIQUE DES CESARIENNES. SE PRESENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES.							
2501	Est-ce que la structure dispose d'un prestataire qui peut pratiquer une césarienne et qui est présent ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?		OUI 1 NON 2		→ 2504		
2502	Est-ce qu'il y a une feuille de garde du personnel /permanences qui couvre 24H?		OUI 1 NON 2		→ 2504		
2503	Puis-je le voir?		PERMANENCE OBSERVE 1 PERMANENCE RAPPORTE, PAS VU 2				
2504	Est-ce que la structure dispose d'un anesthésiste ou d'un préposé anesthésiste qui est présent dans la structure ou bien disponible sur appel 24H/24 (y compris les weekends et les jours fériés)?		OUI 1 NON 2		→ 2507		
2505	Est-ce qu'il y a une feuille de garde du personnel /permanences qui couvre 24H pour l'anesthésiste ?		OUI 1 NON 2		→ 2507		
2506	Puis-je le voir?		PERMANENCE OBSERVE 1 PERMANENCE RAPPORTE, PAS VU 2				
2507	Est-ce qu'une césarienne a été pratiquée dans la structure au cours des 3 derniers mois?		OUI 1 NON 2				
DEMANDER A VOIR LA SALLE OU L'ENDROIT OU ON FAIT LES CESARIENNES ET A VOIR LES ELEMENTS CI-DESSOUS							
2510	Veuillez SVP me dire si les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui et s'ils sont fonctionnels. Je voudrais les voir.	(A) DISPONIBLE		(B) FONCTIONNEL			
		OBSERVE	RAPPORTE PAS VU	PAS DISPONIBLE	OUI	NON	NSP
01	MACHINE D'ANESTHESIE	1 → b	2 → b	3 02 ↗	1	2	8
02	CONNECTEURS (PETIT TUYAU POUR CONNECTER LE TUBE ENDOTRACHEAL)	1 → b	2 → b	3 03 ↗	1	2	8
03	CANULE OROPHARYNGEE (ADULTE)	1 → b	2 → b	3 04 ↗	1	2	8
04	CANULE OROPHARYNGEE (ENFANT)	1 → b	2 → b	3 05 ↗	1	2	8
05	PINCE MAGILLS - ADULTE	1 → b	2 → b	3 06 ↗	1	2	8
06	PINCE MAGILLS - ENFANT	1 → b	2 → b	3 07 ↗	1	2	8
07	TUBE ENDOTRACHEAL (3.0 - 5.0)	1 → b	2 → b	3 08 ↗	1	2	8
08	TUBE ENDOTRACHEAL (5.5 - 9.0)	1 → b	2 → b	3 09 ↗	1	2	8
09	STYLET D'INTUBATION	1 → b	2 → b	3 10 ↗	1	2	8
10	AIGUILLE SPINALE	1 → b	2 → b	3 ↗	1	2	8
SECTION SUIVANTE / SERVICE SUIVANT							
REMERCIEZ VOTRE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.							

SECTION 26: ANALYSE DE GROUPE SANGUIN ET TEST DE COMPATIBILITE

2600	VERIFIEZ Q102.18 OFFRE DE SERVICES D'ANALYSE \ ANALYSE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE GROUPE SANGUIN DANS LA STRUCTURE	PAS D'OFFRE DE SERVICES <input type="checkbox"/>						
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT						
2601	Veuillez SVP me dire si les réactifs ou les équipements suivants sont disponibles dans ce service aujourd'hui. je voudrais les voir. VERIFIER POUR VOIR SI AU MOINS UN EST VALIDE	(A) OBSERVE DISPONIBLE		(B) PAS OBSERVE				
		AU MOINS UN VALIDE	DISPONIBLE AUCUN VALIDE	RAPPORTÉ DISPONIBLE PAS VU	NSP / PAS DISPONIBLE AUJOURD'HUI	JAMAIS DISPONIBLE		
		01	Réactif Anti-A	1	2	3	4	5
		02	Réactif Anti-B	1	2	3	4	5
		03	Réactif Anti-D	1	2	3	4	5
		04	Réactif de COOMBS	1	2	3	4	5
05	Réactif Anti-AB	1	2	3	4	5		

REMERCIEZ VOTRE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNÉES SUIVANT, S'IL EST DIFFÉRENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ÊTES ACTUELLEMENT.

SECTION 27: TRANSFUSION SANGUINE

2700	VERIFIEZ Q102.19 OFFRE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE	PAS D'OFFRE DE SERVICES DE TRANSFUSION DANS LA STRUCTURE <input type="checkbox"/>				
		SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT				
DEMANDER QU'ON VOUS MONTRÉ L'ENDROIT, OÙ DANS LA STRUCTURE, LE SANG EST COLLECTÉ, STOCKÉ, TRANSFORMÉ OU MANIPULÉ AVANT LA TRANSFUSION. IDENTIFIER LA PERSONNE LA PLUS INFORMÉE SUR LES SERVICES DE TRANSFUSION SANGUINE DANS LA STRUCTURE. SE PRÉSENTER, EXPLIQUER LE BUT DE L'ENQUETE ET POSER LES QUESTIONS SUIVANTES						
2701	D'où vient le sang qu'on utilise dans la structure pour les transfusions sanguines? SONDER POUR AVOIR UNE LISTE COMPLETE DES SOURCES DU SANG.	BANQUE DE SANG NATIONALE A BANQUE DE SANG REGIONALE B DON DE SANG DIRECT FAMILIAL C AUTRES STRUCTURE..... D AUTRE _____ X (SPECIFIER)				
2702	Est-ce qu'au cours des 3 derniers mois, une transfusion de sang a t-elle été réalisée dans un contexte obstétrical (cad, pour des soins maternels) dans cette structure?	OUI 1 NON 2				

SECTION 28: DEPISTAGE DES MALADIES INFECTIEUSES

2710	Est-ce qu'avant de faire la transfusion, le sang qui est transfusé dans cette structure est dépisté, soit dans la structure même ou en dehors, pour les maladies infectieuses?	OUI 1 NON 2	→ 2720		
2711	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté seulement dans la structure, seulement dans une structure externe, ou dans les deux à la fois?	SEULEMENT DANS CETTE STRUCTURE 1 SEULEMENT DANS UNE AUTRE STRUCTURE 2 DEPISTAGE A LA FOIS INTERNE ET EXTERN 3			
2712	Est-ce que le sang qui est transfusé est dépisté, soit dans la structure même ou en dehors, pour l'une des maladies infectieuses suivantes ? SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "souvent", ou "rarement" dépisté?	TOUJOURS SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "souvent", ou "rarement" dépisté?	SOUVENT SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "souvent", ou "rarement" dépisté?	RAREMENT SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "souvent", ou "rarement" dépisté?	NON/NSP SI OUI, DEMANDER: Est-ce que le sang est "toujours", "souvent", ou "rarement" dépisté?
01	VIH	1	2	3	4
02	SYPHILIS	1	2	3	4
03	HEPATITE B	1	2	3	4
04	IF THE SAME ROOM/AREA HAS ALREADY BEEN OBSERVED	1	2	3	4
2713	Est-ce qu'on a une fois envoyé les échantillons du sang en dehors de la structure pour le dépistage de l'une des 7 maladies infectieuses mentionnées ci-dessus?	OUI 1 NON 2	→ 2720		
2714	Pour laquelle des maladies a-t-on envoyé du sang en dehors de la structure pour le dépistage? DEMANDER A VOIR LA DOCUMENTATION	(A) PRELEVEMENT ENVOYE POUR TESTS EXTERNES	(B) DOCUMENTS SUR LES TESTS EXTERNES		
01	VIH	1 → b	2 ↘ 02 ↙	1	2
02	SYPHILIS	1 → b	2 ↘ 03 ↙	1	2
03	HEPATITE B	1 → b	2 ↘ 04 ↙	1	2
04	HEPATITE C	1 → b	2 ↘ 05 ↙	1	2
05	PALUDISME	1 → b	2 ↘ 06 ↙	1	2

SECTION 29: CONSERVATION DU SANG

2720	Est-ce qu'il est arrivé que la structure manque de sang pendant plus d'un jour, à n'importe quel moment au cours des 3 derniers mois?	OUI 1 NON 2 PAS DE CONSERVATION DE SANG 3	→ 2724
2721	Est-ce qu'il existe dans ce service un réfrigérateur ou un congélateur pour la conservation du sang?	OUI 1 NON 2	→ 2724
2722	Puis-je le voir?	OBSERVÉ 1 RAPPORTÉ, PAS VU 2	→ 2724
2723	QUELLE EST LA TEMPERATURE DANS LE REFRIGERATEUR OU LE CONGELATEUR OÙ ON CONSERVE LE SANG?	ENTRE +2 ET +6 DEGRES 1 PLUS DE +6 DEGRES 2 MOINS DE +2 DEGRES 3 PAS DE THERMOMETRE 4	
2724	Est-ce qu'il existe des directives quelconques sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OUI 1 NON 2	SECTION SUIVANTE OU SERVICE SUIVANT ↳
2725	Puis-je voir les directives sur l'utilisation appropriée du sang et sur les pratiques transfusionnelles sûres?	OBSERVÉES 1 RAPPORTÉES, PAS VUES 2	

SECTION 30: NIVEAU GENERAL DE PROPRETE DE LA STRUCTURE

3000	EVALUER L'ETAT GLOBAL DE PROPRETE/LES CONDITIONS DE LA STRUCTURE	OUI	NON
01	LE SOL: BALAYÉ, PAS DE TRACES VISIBLES DE SALETÉS OU DE DÉCHETS	1	2
02	COMPTOIRES DE SERVICE/TABLES/CHAISES: NETTOYES PAS DE TRACE VISIBLE DE POUSSIÈRE OU DE DÉCHETS	1	2
03	AIGUILLES, OBJETS TRANCHANTS HORS DE LA BOITE DE SECURITE	1	2
04	BOITES POUR OBJETS TRANCHANTS QUI DEBORDENT/OU SONT PERCES	1	2
05	BANDAGES/DÉCHETS INFECTIEUX QUI TRAINENT, NON COUVERTS	1	2
06	MURS: ENDOMMAGÉS	1	2
07	PORTES: ENDOMMAGÉES	1	2
08	PLAFOND: TACHES D'HUMIDITE OU ENDOMMAGÉS	1	2
	HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW		<input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/> : <input type="text"/>

REMERCIEZ VOTRE REPONDANT ET ALLEZ AU POINT DE COLLECTE DE DONNEES SUIVANT,
S'IL EST DIFFERENT DE L'ENDROIT OÙ VOUS ETES ACTUELLEMENT.

OBSERVATIONS DE L'ENQUETEUR(TRICE)

A REMPLIR APRES AVOIR TERMINE L'INTERVIEW

COMMENTAIRES SUR LE REONDANT:

COMMENTAIRES SUR DES QUESTIONS SPECIFIQUES:

AUTRES COMMENTAIRES:

OBSERVATIONS DU SUPERVISEUR

NOM DU SUPERVISEUR:

DATE:

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ				
INTERVIEW DE L'AGENT DE SANTÉ				
Code de la structure:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
Numéro de SERIE du Prestataire:	<input type="text"/> <input type="text"/> [DU FORMULAIRE LISTANT LE PERSONNEL]			
Sex du prestataire: (1=MASCULIN; 2=FEMININ)	<input type="text"/>			
Statut du Prestataire: (1 = affecté; 2 = appuie)	<input type="text"/>			
Code Enquêteur:	<input type="text"/> <input type="text"/>			
<p>Nombre d'observations de CPN associés au prestataire <input type="text"/></p> <p>Nombre d'observations de PF associés au prestataire. <input type="text"/></p> <p>Nombre d'observations d'Enfants Malades associés au prestataire. <input type="text"/></p>				
INDIQUER SI LE PRESTATAIRE A ETE PRECEDEMMENT INTERVIEWE DANS UNE AUTRE STRUCTURE. SI OUI, INSCRIRE NOM ET CODE DE LA STRUCTURE OU IL/ELLE A ETE INTERVIEWE(E)	OUI, PRECEDEMMENT INTERVIEWE 1 NOM&CODE DE LA STRUCTURE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> → FIN NON, PAS INTERVIEWE PRECEDEMMENT 2			
<p>LIRE LE FORMULAIRE DE CONSENTEMENT SUIVANT</p> <p>Bonjour. Mon nom est Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une étude pour d'aider le gouvernement à en savoir plus sur les services de santé au [PAYS].</p> <p>Je vais commencer par vous lire quelques lignes expliquant le but de l'étude.</p> <p>Votre structure a été sélectionnée pour faire partie de l'étude. Nous allons poser plusieurs questions sur les types de prestations que vous fournissez personnellement, et à propos de la formation que vous avez reçue.</p> <p>Les informations que vous nous donnez pourront être utilisées par le [AGENCE D'EXECUTION], d'autres institutions ou chercheurs, dans le but d'améliorer la泛ification des services ou pour des études plus approfondies des services de santé.</p> <p>Ni votre nom ni celui d'un autre agent de santé participant dans cette étude ne sera mentionné dans la base de données ou dans un rapport; cependant, il y a une petite possibilité qu'un des répondants puisse être identifié dans l'avenir.</p> <p>Pourtant, nous demandons votre aide pour nous assurer que les informations que nous recueillons sont exactes.</p> <p>Vous pouvez refuser de répondre à telle ou telle question ou interrompre l'interview à tout moment. Cependant, nous espérons que vous participerez à l'enquête. Avez-vous des questions en rapport avec l'enquête? Ai-je votre accord pour commencer?</p>				
signature de l'enquêteur	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> 2 <input type="text"/> <input type="text"/> <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33.33%;">JOUR</td><td style="width: 33.33%;">MOIS</td><td style="width: 33.33%;">ANNÉE</td></tr></table>	JOUR	MOIS	ANNÉE
JOUR	MOIS	ANNÉE		
LA SIGNATURE DE L'ENQUETEUR INDIQUE QUE LE CONSENTEMENT A ETE OBTENU				
101	Puis-je commencer l'interview maintenant?	OUI. 1 NON. 2 → FIN		

1. EDUCATION ET EXPERIENCE

102	<p>Je voudrais vous poser des questions sur votre formation.</p> <p>Au total, combien d'années d'études primaires, secondaires, et supérieures avez-vous complétées?</p>	ANNÉES	<input type="text"/> <input type="text"/>	
103	<p>Quelle est votre grade/qualification actuelle? Par exemple, êtes-vous un(e) infirmier/infirmière, médecin généraliste ou médecin spécialiste?</p> <p>[la liste sera spécifique au pays - elle doit être suffisamment étendue, éviter le besoin d'inclure « autre »]</p>	<p>MEDECIN GENERALISTE 01 MEDECIN SPECIALISTE 02 CLINICIEN NON-MEDECIN 03 INFIRMIER(E) DE PROFESSION 05 INFIRMIER(E) A1 06 SAGE-FEMME DE PROFESSION 07 SAGE-FEMME A1 08 INFIRMIER INSCRIT/SAGE-FEMME INSCRIT 09 CHERCHEUR EN LABO 13 TECHNOLOGISTE DE LABO 14 TECHNICIEN DE LABO/ASSISTANT 15 ASSISTANT DE LABO 16 SANS QUALIFICATION DE TECHNICIEN/AIDE IN 95 AUTRE 96</p>		
104	<p>En quelle année avez-vous terminé cette formation?</p> <p>SI QUALIFICATION NON-TECHNIQUE (103=95), DEMANDEZ:</p> <p>En quelle année avez-vous terminé votre formation de base en vue de l'obtention de votre qualification actuelle?</p>	ANNEE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
105	En quelle année avez-vous commencé à travailler dans cette structure?	ANNEE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
106	<p>Avez-vous reçu le vaccin contre l'hépatite B?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Combien de doses avez-vous reçues jusqu'à présent?</p>	<p>OUI, UNE DOSE 1 OUI, 2 DOSES 2 OUI, 3 DOSES OU PLUS 3 NON 4 → 108</p>		
107	Avez-vous été vacciné dans le cadre de votre travail dans cette structure?	<p>OUI 1 NON 2</p>		
108	Etes-vous un directeur ou responsable de l'un ou l'autre service clinique?	<p>OUI 1 NON 2</p>		

2. FORMATION GÉNÉRALE / PALUDISME /MALADIES NON-TRANSMISSIBLES

200	<p>Je voudrais vous poser quelques questions sur la formation continue que vous avez reçue en rapport avec votre travail. La formation continue fait référence à la formation que vous avez reçue concernant votre travail depuis que vous avez commencé à travailler. Je vais commencer par quelques sujets généraux. Notez que les sujets de formation que je mentionnerai peuvent avoir été donnés sous formes des formations autonomes, ou faisant partie d'un thème sujet de formation.</p> <p>Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur l'un ou l'autre thème suivant? [LIRE LE THEME]</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ: Est-ce que cette formation continue ou de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?</p>		OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Les mesures de précaution universelles, telles que l'hygiène des mains, nettoyage et désinfection, gestion de déchets, prévention de piqûres accidentelles dues aux aiguilles de seringue ou de blessures par d'autres objets tranchants, ou bonnes pratiques d'injection?	1	2	3	
02	Toute formation spécifique à la sécurité des injections ?	1	2	3	
03	Systèmes de Gestion de l'Information Sanitaire ou remplissage des rapports pour n'importe quel service ?	1	2	3	
04	La confidentialité et le droit aux pratiques non-discriminatoires pour des personnes vivant avec le VIH/SIDA?	1	2	3	
05	Lutte contre l'infection à la tuberculose	1	2	3	
06	Gestion intégrée des soins chirurgicaux d'urgence et essentiels	1	2	3	

201	VÉRIFIEZ A LA Q103 LE GRADE/LA QUALIFICATION DU PRESTATAIRE CODE 13, 14 OU 15 ou 16 (i.e., EN RAPPORT AVEC LABO) ENCERCLE <input type="checkbox"/> 700
	CODE 13, 14, 15 OU 16 <u>N'EST PAS</u> ENCERCLE <input type="checkbox"/>

Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions au sujet des prestations que vous fournissez personnellement comme partie de **vos fonction actuelle au sein de cette structure** et de toute **formation continue ou formation de mise à jour** liée à ce sujet que vous avez reçue.

Rappelez-vous que nous parlons de services que vous fournissez dans le cadre de votre fonction actuelle au sein de cette structure.

Les sujets de formation que je mentionnerai peuvent avoir été donnés sous formes des formations autonomes, ou faisant partie d'un thème sujet de formatio

202	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, fournissez-vous personnellement des services connus sous le nom de « amis des jeunes » conçus pour être adressés aux jeunes ou adolescents ? c.-à-d. ayant pour objectif d'encourager l'utilisation des services chez les jeunes ou adolescents ?	OUI..... 1 NON..... 2
203	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets s'adressant spécifiquement aux services réservés aux jeunes ou adolescents, services comme "amis des jeunes" ? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS..... 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS..... 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. 3

PALUDISME

204	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et / ou traitez personnellement le palu?	OUI..... 1 NON..... 2
205	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec le diagnostic et/ traitement du paludisme?	OUI..... 1 NON..... 2
206	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour axée sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS
01	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1 2 3
02	DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1 2 3
03	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1 2 3
04	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ADULTES	1 2 3
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1 2 3
06	TRAITEMENT PREVENTIF INTERMITTENT DU PALUDISME PENDANT LA GROSSESSE	1 2 3
07	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1 2 3

DIABÈTE

207	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement le diabète ?	OUI. 1 NON. 2	
208	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour axée sur le diagnostic et/ou gestion du diabète? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. 3	

MALADIES CARDIOVASCULAIRES

209	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement les maladies cardiovasculaires telle que l'hypertension?	OUI. 1 NON. 2	
210	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour axée sur le diagnostic et/ou gestion des maladies cardio-vasculaires? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. 3	

MALADIES RESPIRATOIRES CHRONIQUES

211	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous diagnostiquez et/ou gérez personnellement les affections respiratoires chroniques telles que la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)?	OUI. 1 NON. 2	
212	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur le diagnostic et/ou la gestion des maladies respiratoires chroniques? SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, 24 DERNIERS MOIS. 1 OUI, PLUS DE 24 MOIS. 2 PAS DE FORMATION CONTINUE. 3	

3. SERVICES DE SANTE INFANTILE

300	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de vaccination des enfants ?	OUI..... 1 NON..... 2	
301	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de suivi de la croissance infantile ?	OUI..... 1 NON..... 2	
302	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de soins curatifs chez les enfants ?	OUI..... 1 NON..... 2	
303	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour en rapport avec la santé infantile ou les maladies de l'enfance?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 400
304	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
01	PEV OU SURVEILLANCE DE LA CHAINE DE FROID	1	2
02	PRISE EN CHARGE INTEGREE DES MALADIES DE L'ENFANCE (PCIME)	1	2
03	DIAGNOSTIC DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2
04	COMMENT EFFECTUER LE TEST DIAGNOSTIQUE RAPIDE DU PALUDISME	1	2
05	PRISE EN CHARGE DE CAS / TRAITEMENT DU PALUDISME CHEZ LES ENFANTS	1	2
06	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DES INFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUES	1	2
07	DIAGNOSTIC ET/OU TRAITEMENT DE LA DIARRHEE	1	2
08	CARENCE EN MICRONUTRIMENTS ET/OU EVALUATION DE L'ETAT NUTRITIONNEL	1	2
09	ALLAITEMENT AU SEIN	1	2
10	ALIMENTATION DE COMPLEMENT CHEZ LES NOURRISSONS	1	2
11	VIH/SIDA PEDIATRIQUE	1	2
12	TAR PEDIATRIQUE	1	2
13	AUTRE SUJET DE FORMATION SUR LA SANTE INFANTILE (PRECISER)	1	2

4. SERVICES DE PLANIFICATION FAMILIALE

400	Dans votre position actuelle et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de planification familiale ?	OUI..... 1 NON..... 2	
401	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets en rapport avec la planification familiale?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 500
403	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS
01	COUNSELING EN GENERAL SUR LA PLANIFICATION FAMILIALE	1	2
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DE DIU	1	2
03	INSERTION ET/OU RETRAIT D'IMPLANTS	1	2
04	PRATIQUER LA VASECTOMIE	1	2
05	PRATIQUER LA LIGATURE DES TROMPES	1	2
06	GESTION CLINIQUE DES METHODES DE PF, Y COMPRIS LA GESTION DES EFFETS SECONDAIRES	1	2
07	PLANIFICATION FAMILIALE POUR LES FEMMES INFECTEES AU VIH	1	2
08	PLANIFICATION FAMILIALE EN POST PARTUM		
09	AUTRE SUJET DE FORMATION RELATIF A LA PF (SPECIFIER)	1	2

5. SERVICES DE SANTE MATERNELLE

CPN - SOINS POSTPARTUM -PTME

500	<p>Dans votre position actuelle, et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des services de soins prénatals ou de soins postnatals?</p> <p>SI OUI, INSISTEZ ET NOTEZ LESQUELS SERVICES SONT FOURNI</p>	OUI, PRENATAL..... 1 OUI, POSTNATAL..... 2 OUI, LES DEUX..... 3 NON, AUCUN DES DEUX..... 4		
		OUI..... 1 NON..... 2		
501	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets relatifs aux soins prénatals ou soins postnatals?	OUI..... 1 NON..... 2		→503
502	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Dépistage en CPN (ex: la tension artérielle, glycosurie et protéinurie dans les urines)?	1	2	3
02	Conseils en CPN (ex: nutrition, PF et soins du nouveau-né)?	1	2	3
03	Complications de la grossesse et leur prise en charge	1	2	3
04	L'évaluation nutritionnelle de la femme enceinte, comme le calcul de l'indice de masse corporelle et la mesure de la circonférence du bras à mi-hauteur?	1	2	3
05	Le traitement préventif intermittent du paludisme	1	2	3
503	Fournissez-vous personnellement des prestations qui sont spécifiquement orientées vers la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant? SI OUI, DEMANDEZ: Quelles sont les prestations spécifiques que vous fournissez? INDIQUEZ LEQUEL DES SERVICES SUR LA LISTE EST FOURNI ET INSISTEZ: Y-A-T-IL UN AUTRE?	CONSEILS PREVENTIFS..... A CONSEILS POUR TEST VIH..... B FAIRE UN TEST VIH..... C FOURNIR DES ARVs A LA MERE.. D FOURNIR DES ARVs A L'ENFANT. E PAS DE SERVICES PTME..... Y		
504	Avez-vous reçu dans le cadre de la formation continue , une formation sur des sujets liés à santé maternelle et/ou du nouveau-né et le VIH/SIDA ?	OUI..... 1 NON..... 2		→506
505	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant (PTME)	1	2	3
02	Conseils nutritionnels pour le nouveau-né de mère avec VIH/SIDA ?	1	2	3
03	Alimentation des nourrissons et jeunes enfants	1	2	3
04	Pratiques des gestes obstétricaux adaptées à la l'infection au VIH (ex: ne pas rompre les membranes)?	1	2	3
05	Traitements antirétrovirale prophylactique pour la prévention de la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2	3

SERVICES D'ACCOUCHEMENT

506	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des accouchements ? Je veux dire faire de véritables délivrances de nouveau-nés?	OUI. 1 NON. 2	→ 508
507	Durant les 6 derniers mois, combien d'accouchements, approximativement, avez-vous conduit comme principal prestataire (y inclure les accouchements effectués dans un cadre privé et dans cette structure)?	TOTAL DES ACCOUCHEMENTS [] [] []	
508	A quand remonte la dernière fois que vous avez utilisé un partogramme?	JAMAIS. 0 LA SEMAINE DERNIERE. 1 LE MOIS DERNIER. 2 LES 6 DERNIERS MOIS. 3 IL Y A PLUS DE 6 MOIS. 4	
509	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur sujets liés à l'accouchement?	OUI. 1 NON. 2	→ 511
510	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS NON N'A PAS REÇU DE FORMATION CONTINUE
01	La Prise en charge intégrée de la grossesse et de l'accouchement (IMPAC)?	1	2 3
02	Soins Obstétricaux d'Urgence Complets (SOUC)?	1	2 3
03	Soins de routine pour le travail et l'accouchement vaginal?	1	2 3
04	Prise en Charge Active du Troisième Stade du Travail (PCATST)?"?	1	2 3
05	Soins obstétricaux d'urgence (SOU) / Aptitudes à sauver la vie - en général?	1	2 3
06	Les soins post-avortement?	1	2 3
07	Les pratiques de soins à l'accouchement spécifiquement destinées à éviter la transmission du VIH de la mère à l'enfant?	1	2 3

SERVICES DES SOINS AUX NOUVEAU-NES

511	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des soins aux nouveau-nés?	OUI. 1 NON. 2	
512	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux soins des nouveau-nés?	OUI. 1 NON. 2	→ 600
513	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS NON N'A PAS REÇU DE FORMATION CONTINUE
01	La réanimation néonatale utilisant un sac et un masque	1	2 3
02	L'allaitement maternel précoce et exclusif	1	2 3
03	Prise en charge des infections du nouveau-né (y compris les antibiotiques injectables)	1	2 3
04	Soins thermique (y compris le séchage immédiat et contact peau-à-peau)	1	2 3
05	Travailler avec du matériel stérile en coupant le cordon et soins du cordon appropriés	1	2 3
06	Soins Maternels Kangourou (SMK) pour les bébés de faible poids à la naissance	1	2 3

6. INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES - TB - VIH / SIDA

INFECTIONS SEXUELLEMENT TRANSMISSIBLES

600	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure est-ce que vous fournissez personnellement des prestations dans le domaine des IST?	YES..... NO.....	1 2	
601	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux services IST?	YES..... NO.....	1 2	→ 603
602	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS	NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	Diagnostiquer et traiter les infections sexuellement transmissibles (IST)		1	2 3
02	La prise en charge syndromique des IST		1	2 3
03	La résistance aux médicaments pour le traitement des IST		1	2 3

LA TUBERCULOSE

603	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées à la tuberculose. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une formation continue ou une formation de mise à jour y relatif LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]?		Avez-reçu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 24 mois ou plus?		
		(a)	(b)	OUI, DERNIERS 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Diagnostic de la tuberculose basé sur des tests de crachat	1	2	1	2	3
02	Diagnostic de la tuberculose basé sur les symptômes cliniques ou des algorithmes de la tuberculose	1	2	1	2	3
03	Prescription de traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
04	Des services de suivi de traitement de la tuberculose	1	2	1	2	3
05	La stratégie de traitement de courte durée sous surveillance directe (DOTS)	1	2	1	2	3
06	Prise en charge de la co-infection VIH-Tuberculose	1	2	1	2	3
07	Prise en charge de la tuberculose multirésistante (TB-MR) ou identification et référence des cas TB-MR	1	2	1	2	3

SERVICES VIH/SIDA

604	Je vais vous demander si vous fournissez certaines prestations liées aux services VIH. Pour chaque prestation, indépendamment du fait que vous la fournissez actuellement, je vais aussi vous demander si vous avez reçu une formation continue ou une formation de mise à jour y relatif LIRE LES QUESTIONS DES COLONNES A ET B	Fournissez-vous [LIRE SERVICE]?		Avez-reçu une formation continue sur [SERVICE]? SI OUI, derniers 12 mois ou plus?		
		(a)	(b)	OUI, derniers 24 MOIS	OUI, PLUS DE 24 MOIS	PAS DE FORMATION
01	Fournir des conseils relatifs au test du VIH	1	2	1	2	3
02	Effectuer le test du VIH	1	2	1	2	3
03	Fournir des services liés à la PTME	1	2	1	2	3
04	Fournir des services de soins palliatifs	1	2	1	2	3
05	Fournir des services de traitement antirétroviral, y compris la prescription, le counseling, ou le suivi	1	2	1	2	3
06	Fournir un traitement préventif des infections opportunistes (IO) comme la tuberculose et la pneumonie	1	2	1	2	3
07	Fournir des soins pédiatriques pour le SIDA	1	2	1	2	3
08	Fournir des soins à domicile pour le VIH/SIDA	1	2	1	2	3
09	Fournir des services de prophylaxie post-exposition (PPE)	1	2	1	2	3

7. SERVICES DE DIAGNOSTIC

700	Dans votre position actuelle , et dans le cadre de vos activités au sein de cette structure, effectuez-vous personnellement des examens en laboratoire? ENCERCLEZ LE CODE 2 « NON » SI LE PRESTATAIRE COLLECTE SEULEMENT DES SPÉCIMENS	OUI.....1 NON.....2	→ 800
701	S'il vous plaît dites-moi si vous faites personnellement l'un ou l'autre des tests suivants dans le cadre de votre travail au sein de cette structure	OUI	NON
01	L'examen au microscope des crachats pour diagnostiquer la tuberculose	1	2
02	Tests de dépistage rapide du VIH	1	2
03	Tout autre test du VIH, comme la PCR, ELISA, ou Western Blot	1	2
04	Tests d'hématologie, tel que le test de l'anémie	1	2
05	Le test CD4	1	2
06	Microscopie pour le diagnostic du paludisme	1	2
07	Test de diagnostic rapide du paludisme	1	2
702	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur des sujets liés aux différents tests de diagnostic que vous effectuez?	OUI.....1 NON.....2	→ 800
703	Avez-vous reçu une formation continue ou une formation de mise à jour sur les thèmes suivants [LIRE THEME] SI OUI: Est-ce que cette formation continue ou formation de mise à jour a eu lieu au cours des 24 derniers mois ou il y a plus de 24 mois?	OUI, AU COURS DES 24 DERNIERS MOIS	OUI, IL Y A PLUS DE 24 MOIS NON N'A PAS RECU DE FORMATION CONTINUE
01	L'examen au microscope des crachats pour diagnostiquer la tuberculose?	1	2 3
02	Le test VIH?	1	2 3
03	Le test CD4?	1	2 3
04	Dépistage sanguin du VIH avant la transfusion?	1	2 3
05	Dépistage sanguin de l'hépatite B avant la transfusion?	1	2 3
06	Les examens pour surveiller la TAR tels que TLC et la créatinine sérique?	1	2 3
07	La microscopie pour le diagnostic du paludisme?	1	2 3
08	Test de diagnostic rapide du paludisme	1	2 3

8. CONDITIONS DE TRAVAIL AU SEIN DE LA STRUCTURE

800	<p>Maintenant, je voudrais vous poser quelques questions à propos de votre travail au sein de cette structure.</p> <p>En moyenne, combien d'heures par semaine travaillez-vous dans cette structure? SI LES SEMAINES NE SONT PAS REGULIERES, DEMANDEZ L'ENQUETE DE FAIRE LA MOYENNE DU NOMBRE D'HEURES PAR MOIS ET DIVISEZ ALORS CE NOMBRE PAR 4.</p>	<p style="text-align: center;">NOMBRE MOYEN D'HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE DANS CETTE STRUCTURE</p> <div style="text-align: right; margin-top: -20px;"> <input type="text"/> <input type="text"/> </div>	
801	<p>Maintenant je voudrais vous poser quelques questions sur la supervision que vous avez personnellement reçue. Cette supervision peut être d'un superviseur de la structure sanitaire même ou de l'extérieur. Recevez-vous un appui technique ou une supervision dans votre travail?</p> <p>SI OUI, DEMANDEZ : A quand remonte la dernière supervision ?</p>	<p>OUI, AU COURS DES 3 MOIS DERNIERS..... 1 OUI, IL Y A 4-6 MOIS..... 2 OUI, IL Y A 7-12 MOIS..... 3 OUI, IL Y A PLUS DE 12 MOIS..... 4 NON..... 5</p>	<input type="text"/> 804
802	Combien de fois durant les six derniers mois votre travail a été supervisé ?	<p>NOMBRE DE FOIS..... <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>CHAQUE JOUR..... '96</p>	
803	La dernière fois que vous avez été personnellement supervisé, est-ce que votre superviseur a fait l'une des choses suivantes:	OUI NON NSP	
01	Vérifier vos registres ou rapports?	A VERIFIE REGISTRE 1 2 8	
02	Observer votre travail?	A OBSERVE TRAVAIL 1 2 8	
03	Donner n'importe quelle appréciation (positive ou négative) sur vos performances?	FEEDBACK 1 2 8 05 ↘ 05 ↗	
04	Donner une appréciation verbale disant que vous faites bien votre travail?	APPRECIATION VERBALE 1 2 8	
05	Donner des informations actualisées sur des questions administratives ou techniques liées à votre travail?	A ACTUALISE 1 2 8	
06	Discuter des problèmes que vous avez rencontrés?	A DISCUTE DES PROBLEMES 1 2 8	
804	Avez-vous une description écrite des activités de votre travail actuel ou de votre position dans cette structure sanitaire? SI OUI, DEMANDEZ : Est-ce que je peux la voir ?	<p>OUI, VUE 1 OUI, RAPPORTEE, PAS VUE 2 NON 3</p>	
805	Y a-t-il des occasions de promotion dans votre travail actuel?	<p>OUI 1 NON 2 INCERTAIN/NE SAIT PAS 8</p>	
806	<p>Quel(s) type(s) de supplément de salaire recevez-vous, si il y en a un?</p> <p>INSISTEZ: Rien d'autres?</p>	<p>SALAIRE MENSUEL OU QUOTIDIEN COMPLÉMENTAIRE..... A PERDIEM EN ASSISTANT A UNE FORMATION..... B ALLOCATION DE SERVICE..... C PAIEMENT POUR ACTIVITÉS SUPPLEMENTAIRES (NON FOURNIES ROUTINIEREMENT)..... D AUTRE _____ X (PRECISEZ) AUCUN..... Y</p>	
807	Dans votre position actuelle, quels sont les encouragements non-monétaires avez-vous reçus pour le travail que vous effectuez, s'il y en a un? INSISTEZ: QUOI D'AUTRES	<p>CONGE/VACANCES A UNIFORMES, SACS A DOS, CASQUETTES etc... B REDUCTION SUR MEDICAMENTS, BILLETS GRATUITS POUR SOINS, BONS, etc..... C FORMATION..... D RATION ALIMENTAIRE/REPAS..... E LOGEMENT SUBVENTIONNE F AUCUN..... Y</p>	

808	<p>Parmi les diverses choses liées à votre situation de travail que vous voudriez voir améliorées, pouvez-vous me citer les trois choses qui selon vous sont les plus susceptibles d'améliorer votre capacité à fournir des prestations de soins? Classez-les, s'il vous plaît, par ordre d'importance, 1 étant le plus important</p> <p>ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT A LA 1ERE CHOSE MENTIONNÉE DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME ET LA 3EME.</p> <p>SI LE PRESTATAIRE MENTIONNE 1 OU 2 ELEMENTS ENTREZ LA LETTRE CORRESPONDANT AU 1ER ELEMENT MENTIONNÉ DANS LA 1ERE CASE, ET FAIRE DE MEME POUR LA 2EME CASE. METTEZ ENSUITE "Y" DANS LA CASE RESTANTE</p> <p>SEULEMENT NE LAISSEZ VIDE AUCUNE CASE</p> <p>VOUS DEVEZ REMPLIR LES TROIS CASES</p> <p>NE LISEZ PAS LES REPONSES A L'ENQUETE</p>	<p>PLUS D'APPUI DU SUPERVISEUR A</p> <p>PLUS DE CONNAISSANCES/ FORMATIONS B</p> <p>PLUS DE FOURNITURES/STOCK. C</p> <p>ÉQUIPEMENT/FOURNITURES DE MEILLEURE QUALITE D</p> <p>MOINS DE CHARGE DE TRAVAIL (c.à.d. PLUS DE PERSONNEL). . E</p> <p>MEILLEUR HORAIRE DE TRAVAIL / HORAIRES FLEXIBLES. F</p> <p>PLUS D'ENCOURAGEMENTS/ INCITATIONS (SALAIRE, PROMOTION, VACANCES). G</p> <p>TRANSPORT POUR PATIENTS REFERES. H</p> <p>FOURNIR DES ANTIRETROVIRaux. . I</p> <p>FOURNIR DE LA PEP. J</p> <p>AUGMENTER LA SECURITE. K</p> <p>MEILLEURE INFRASTRUCTURE. L</p> <p>PLUS D'AUTONOMIE / INDEPENDANCE. M</p> <p>SOUTIEN MORAL DU PERSONNEL (CONSEILS/ ACTIVITÉS SOCIALES). N</p> <p>AUTRES. X</p> <p>PAS DES PROBLEMES Y</p>	<p>CLASSEMENT</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>			
<p>REMERCIEZ VOTRE ENQUETE ET PASSEZ AU PROCHAIN ENDROIT DE COLLECTE DE DONNEES</p>						

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ	
OBSERVATION DE LA CONSULTATION PRENATALE (CPN)	
1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE	
TYPE DE QUESTIONNAIRE <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> N	
NUMERO DE LA STRUCTURE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]	<input type="text"/> <input type="text"/>
CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)	<input type="text"/> <input type="text"/>
2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE	
<u>Catégorie de Prestataire:</u> PRESTATAIRE TYPE 1 01 PRESTATAIRE TYPE 2 02 PRESTATAIRE TYPE 3 03 PRESTATAIRE TYPE 4 04 PRESTATAIRE TYPE 5 05 PRESTATAIRE TYPE 6 06 PRESTATAIRE TYPE 7 07 PRESTATAIRE TYPE 8 08 PRESTATAIRE TYPE 9 09 AUTRE 96	CATEGORIE PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>
SEXE DU PRESTATAIRE : (1=MASCULIN; 2=FEMININ)	SEXE DU PRESTATAIRE <input type="checkbox"/>
3. INFORMATION SUR L'OBSERVATION	
Date:	JOUR <input type="text"/> MOIS <input type="text"/> ANNEE <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 0 <input type="text"/> 2 <input type="text"/>
Nom de l'observateur :	CODE DE L'OBSERVATEUR <input type="text"/> <input type="text"/>

4. Observation de la Consultation Prénatale														
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A											
<p>AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DE LA CLIENTE. ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.</p>														
	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au [PAYS] dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette cliente afin de comprendre comment les services de CPN sont fournis dans cette structure.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le [MINISTERE DE LA SANTE] ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td>ANNEE</td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>				2	0	2	JOUR	MOIS	ANNEE			
			2	0	2									
JOUR	MOIS	ANNEE												
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI NON	1 2 → FIN											
	<p>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au [PAYS]. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, en vue de comprendre comment les services CPN sont fournis dans cette structure.</p> <p>Nous ne sommes pas entrain d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la Structure en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptez de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p>	<p>Signature de l'enquêteur (indique que l'enquêté a accepté volontairement de participer)</p>												
101	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNEE PAR LA CLIENTE.	OUI NON	1 2 → FIN											
102	ENREGISTREZ L'HEURE DE DEBUT DE L'OBSERVATION													
103	EST-CECI LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI NON	1 2											

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES	
POUR CHACUN DES GROUPES SUIVANTS, ENCERCLEZ TOUTE ACTION PRISE PAR LE PRESTATAIRE OU PAR LA CLIENTE. SI AUCUNE ACTION DU GROUPE N'EST OBSERVEE, ENCERCLEZ "Y" POUR CHAQUE GROUPE A LA FIN DE DE L'OBSERVATION.			
ANTECEDENTS DE LA CLIENTE			
104	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU SI LA CLIENTE A MENTIONNE L'UN OU L'AUTRE DES ELEMENTS SUIVANTS:		
01	L'âge de la cliente	A	
02	Les médicaments que la cliente prend	B	
03	Date du début des dernières règles	C	
04	Nombre de grossesses antérieures que la cliente a eues	D	
05	Aucun des éléments ci-dessus	Y	
ASPECTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES			
105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE OU LA CLIENTE A DISCUITE L'UN OU L'AUTRE DES ASPECTS SUIVANTS RELATIFS AUX GROSSESSES ANTERIEURES:		
01	Mort-nés antérieures	A	
02	Enfants décédés au cours de la première semaine de vie	B	
03	Saignement intense, pendant ou après l'accouchement	C	
04	Accouchement antérieur assisté (césarienne, ventouse, ou forceps)	D	
05	Avortements spontanés antérieurs	E	
06	Grossesses multiples antérieures	F	
07	Travail prolongé antérieur	G	
08	Hypertension gravidique antérieure	H	
09	Convulsions liées à une grossesse antérieure	I	
10	Fièvre élevée ou infection durant la(es) grossesse(s) antérieure(s)	J	
11	Aucun des aspects ci-dessus	Y	
SIGNES DE DANGER DE LA GROSSESSE ACTUELLE			
106	DANS LA COLONNE A, INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE A PROPOS OU SI LA CLIENTE A MENTIONNE L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES RELATIVES A LA GROSSESSE ACTUELLE. DANS LA COLONNE B, INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS A PROPOS DES SIGNES DE DANGER	(A) PRESTATAIRE A DEMANDE OU LA CLIENTE A MENTIONNE	(B) PRESTATAIRE A DONNEE DES CONSEILS
01	Saignement vaginal	A	A
02	Fièvre	B	B
03	Maux de tête ou vision brouillée	C	C
04	Gonflement du visage ou des mains	D	D
05	Fatigue ou essoufflement	E	E
06	Mouvements fœtaux (absence ou excessif)	F	F
07	Toux ou difficulté à respirer pendant 3 semaines ou plus	G	G
08	Autres symptômes ou problèmes que la cliente pense qu'ils pourraient être liés à cette grossesse	H	H
09	Aucun des signes ci-dessus	Y	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES				
EXAMEN MEDICAL						
107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A EXECUTE LES PROCEDURES SUIVANTES:					
01	Prendre la tension artérielle de la cliente	A				
02	Peser la cliente	B				
03	Examiner les conjonctives/paumes pour l'anémie	C				
04	Examiner les jambes/pieds/mains pour l'œdème	D				
05	Examiner les glandes pour gonflement	E				
06	Palper l'abdomen de la cliente pour connaître la position du foetus	F				
07	Palper l'abdomen de la cliente pour mesurer la hauteur de l'utérus	G				
08	Ausculter l'abdomen de la cliente pour entendre les battements du cœur du fœtus	H				
09	Faire une échographie/référer la cliente pour une échographie/consulter les résultats d'une échographie faite récemment	I				
10	Examiner les seins de la cliente	J				
11	Effectuer un examen vaginal/examen de la surface périnéale	K				
12	Mesurer la hauteur utérine avec un mètre ruban	L				
13	Aucune des procédures ci-dessus	Y				
TESTS DE ROUTINE						
108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A) A DEMANDE A PROPOS, B) A EFFECTUE, C) A REFERE LA CLIENTE POUR DES TESTS SUIVANTS	(A) PRESTATAIRE A DEMANDE	(B) PRESTATAIRE A EFFECTUE	(C) PRESTATAIRE A REFERE	(D) PAS ACTION PRISE	
01	Test d'anémie	A	B	C	Y	
02	Groupe sanguin	A	B	C	Y	
03	N'importe quel test d'urine	A	B	C	Y	
04	Test de syphilis	A	B	C	Y	
CONSEIL ET DEPISTAGE DE VIH						
109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT CE QUI SUIT:					
01	A Demandé si la cliente savait que son statut sérologique			A		
02	A fourni des conseils relatifs au test du VIH			B		
03	A référé pour le counseling relatif au test du HIV			C		
04	A effectué un test de HIV			D		
05	A référé pour un test de HIV			E		
06	Aucune des actions ci-dessus			Y		
MAINTIEN D'UNE GROSSESSE SAINTE						
110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE CONSEIL AU SUJET DES PREPARATIFS SUIVANTS					
01	A discuté de la nutrition (c.à.d. quantité ou qualité de nourriture à manger) durant la grossesse				A	
02	A informé la cliente sur l'évolution de la grossesse				B	
03	A discuté de l'importance de faire au moins 4 visites CPN				C	
04	Aucun des sujets ci-dessus				Y	

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
PROPHYLAXIE DE FER		
111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné des comprimés de fer ou de l'acide folique (AF) ou tous les deux	A
02	A expliqué l'objet de fer ou de l'acide folique	B
03	A expliqué comment prendre des comprimés de fer ou de l'acide folique	C
04	A expliqué les effets secondaires des comprimés de fer	D
05	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y
INJECTION DE VACCIN ANTITETANIQUE		
112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A prescrit ou donné une injection de vaccin antitétanique (VAT)	A
02	A expliqué l'objet de l'injection du (VAT)	B
03	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y
DEPARASITAGE		
113	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS	
01	A prescrit ou donné du Mebendazole/ de l'Albendazole	A
02	A expliqué l'objet du Mebendazole/de l'Albendazole	B
03	Aucun des médicaments ci-dessus	Y
PALUDISME		
114	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE L'UN OU L'AUTRE DES MEDICAMENTS OU CONSEILS SUIVANTS:	
01	A donné une prophylaxie antipaludéenne (SP)	A
02	A prescrit une prophylaxie antipaludéenne (SP)	B
03	A expliqué l'objet du traitement préventif à l'aide des médicaments antipaludéens	C
04	A expliqué comment prendre des médicaments antipaludéens	D
05	A expliqué les effets secondaires possibles des antipaludéens	E
06	A donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide (MII) ou a expliqué à la femme enceinte où obtenir la moustiquaire	F
07	A explique clairement l'importance d'utiliser une MII	G
OBSERVATION DIRECTE:		
08	La 1ère dose du TPI est prise au niveau de la structure sanitaire	H
09	L'importance de doses supplémentaires de TPI a été expliquée	I
10	Aucun des médicaments/conseils ci-dessus	Y
PREPARATIFS A L'ACCOUCHEMENT		
115	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE A LA CLIENTE DES CONSEILS AU SUJET DE L'ACCOUCHEMENT AU MOYEN DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:	
01	A demandé à la cliente là où elle compte accoucher	A
02	A conseillé à la cliente de se préparer à l'accouchement (ex. mettre de l'argent de côté, prendre des dispositions pour le transport d'urgence)	B
03	A conseillé la cliente à utiliser un agent de santé qualifié pour l'accouchement	C
04	A discuté avec la cliente ce qu'elle doit avoir sous la main à la maison en cas d'urgence (ex., la lame)	D
05	Aucun des sujets ci-dessus	Y

NO.	QUESTION / OBSERVATIONS	CODES
RECOMMANDATIONS POUR NOUVEAU-NE ET POST PARTUM		
116	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE DES CONSEILS AU SUJET DES SOINS DU NOUVEAU-NE OU SOINS POSTPARTUM DE L'UNE OU L'AUTRE FACON SUIVANTE:	
01	A discuté des soins du nouveau-né (chaleur, l'hygiène et soins du cordon)	A
02	A discuté de l'initiation précoce et prolongée de l'allaitement maternel	B
03	A discuté de l'allaitement exclusif au sein	C
04	A discuté de l'importance de la vaccination pour le nouveau-né	D
05	A discuté des options pour la planification familiale après l'accouchement	E
06	Aucun des sujets ci-dessus	Y
OBSERVATIONS D'ENSEMBLE SUR L'INTERACTION		
117	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE SI LA CLIENTE AVAIT DES QUESTIONS ET L'A ENCOURAGE A POSER DES QUESTIONS.	OUI, A POSE QUESTIONS..... 1 NON, PAS DE QUESTIONS..... 2
118	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A UTILISE DES IMAGES POUR L'EDUCATION SANITAIRE OU A DONNE DES CONSEILS DURANT LA CONSULTATION.	OUI, A UTILISE D'IMAGES..... 1 N'A PAS UTILISE D'IMAGES..... 2
119	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A REGARDÉ DANS LE CARNET DE SANTE DE LA CLIENTE (OU BIEN AVANT D'EXAMINER LA CLIENTE, OU BIEN PENDANT L'INTERROGATOIRE OU L'EXAMEN DE LA CLIENTE).	OUI, A REGARDÉ DANS CARNET..... 1 N'A PAS REGARDÉ DANS CARNET..... 2 CARNET DE SANTE N'A PAS ETE UTILISE 3 → 121
120	NOTEZ SI LE PRESTATAIRE A ECRIT QUELQUE CHOSE DANS LE CARNET DE SANTE DE LA CLIENTE.	OUI 1 NON 2 NE SAIT PAS 8
121	ENREGISTREZ LE RESULTAT DE LA CONSULTATION. [ENREGISTREZ LE RESULTAT AU MOMENT OU L'OBSERVATION PREND FIN]	LA CLIENTE RENTRE CHEZ ELLE. 1 LA CLIENTE EST REFEREE(AU LABO OU AUTRE PRESTATAIRE) DANS LA MEME STRUCTURE. 2 LA CLIENTE EST ADMISE DANS LA MEME STRUCTURE. 3 LA CLIENTE EST REFEREE DANS UNE AUTRE STRUCTURE. 4
QUESTIONS DESTINEES AU PRESTATAIRE DE CPN		
DEMANDEZ AU PRESTATAIRE LES QUESTIONS SUIVANTES ET VERIFIER DANS LE REGISTRE DE CPN OU DANS LE CARNET DE CPN DE LA CLIENTE		
122	A combien de semaines de grossesse est la cliente?	SEMAINES DE GROSSESSE <input type="text"/> <input type="text"/>
123	Est-ce que ceci est la 1ère, 2ème, 3ème, 4ème ou 5ème visite de la cliente pour des soins prénatals pour cette grossesse en cours dans cette structure?	PREMIERE VISITE. 1 DEUXIEME VISITE. 2 TROISIEME VISITE. 3 QUATRIEME VISITE. 4 CINQUIEME VISITE OU PLUS. 5 NE SAIT PAS. 8
124	Est-ce que la cliente a eu une grossesse antérieure, quel que soit la durée ou le résultat de cette grossesse, ou ceci est la première grossesse de la cliente?	PREMIERE GROSSESSE. 1 PAS PREMIERE GROSSESSE. 2 NE SAIT PAS. 8
125	ENREGISTREZ LE TEMPS DE LA FIN DE L'OBSERVATION.	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Commenteurs de l'Observateur:		

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

OBSERVATION DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE

1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

TYPE QUESTIONNAIRE

O	P	F
---	---	---

NUMERO DE LA STRUCTURE

--	--	--	--

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

--	--

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--

2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE

Provider category:

PRESTATAIRE TYPE 1	01
PRESTATAIRE TYPE 2	02
PRESTATAIRE TYPE 3	03
PRESTATAIRE TYPE 4	04
PRESTATAIRE TYPE 5	05
PRESTATAIRE TYPE 6	06
PRESTATAIRE TYPE 7	07
PRESTATAIRE TYPE 8	08
PRESTATAIRE TYPE 9	09
AUTRE	96

PROVIDER CATEGORY

--	--

SEXE DU PRESTATAIRE (Masculin =1 Feminin =2)

SEXE DU PRESTATAIRE

--

3. INFORMATION SUR L'OBSERVATION

Date:

JOUR

--	--

MOIS

--	--

ANNEE

2	0	2
---	---	---

Nom de l'observateur: _____

CODE DE L'OBSERVATEUR

--	--

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE PLANIFICATION FAMILIALE													
NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A										
	<p>AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, VOUS DEVEZ OBTENIR LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DE LA CLIENTEE, ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN "EXPERT" A CONSULTER PENDANT LA SESSION.</p>												
	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, Je suis (...). Je représente [Nom de l'Organisation]. Nous faisons une enquête auprès des formations sanitaires dans [PAYS] dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec cette cliente afin de comprendre comment les services de planification familiale sont fournis dans ce service.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. Cependant, les informations collectées pendant cette observation pourront être utilisées par le ministère de la Santé ou les organismes appuyant des services dans cette formation, en vue de l'amélioration des services de santé. Des informations de cette observation pourront aussi être fournies aux chercheurs pour des analyses; cependant, les informations seront fournies de telle manière que ni vous, ni le service, ni la cliente ne pourront être identifiés. Tous les rapports utilisant ces données présenteront l'information sous forme globale, ce qui constitue une garantie supplémentaire de confidentialité.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Sachez que si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gêné, vous pouvez me demander de partir.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____ Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)</p>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td style="text-align: center;">2 0 2</td> <td></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">JOUR</td> <td style="text-align: center;">MOIS</td> <td style="text-align: center;">ANNEE</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				2 0 2		JOUR	MOIS	ANNEE			
			2 0 2										
JOUR	MOIS	ANNEE											
100	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DONNE LA PERMISSION DE L'OBSERVER	OUI 1 NON 2	FIN										
	<p>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour, Je suis (...). Je représente [Nom de l'Organisation]. Nous faisons une enquête auprès des formations sanitaires dans [PAYS]. Je voudrais être présent tandis que vous recevez des services aujourd'hui, afin de mieux comprendre comment les soins sanitaires sont fournis.</p> <p>Nous ne sommes pas en train d'évaluer [L'INFIRMIERE/LE DOCTEUR/LE PRESTATAIRE] ou le service en particulier, mais plutôt nous essayons d'avoir une image de la situation globale afin d'améliorer des services. Des informations de cette observation peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des prestations ne seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est complètement volontaire et si vous acceptez de participer ou pas n'affecteront pas les services que vous recevez. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je quitte, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue voudrait parler avec vous au sujet de votre expérience ici aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Sachez que si, à un moment quelconque, vous vous sentez gênée par ma présence, vous pouvez me demander de partir. Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation ?</p>												

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES
101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ÉTÉ DONNÉE PAR LA CLIENTE	OUI 1 NON 2	→ FIN
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DÉBUT DE L'OBSERVATION :	<input type="text"/> <input type="text"/> . <input type="text"/> <input type="text"/>	
103	EST LA PREMIÈRE OBSERVATION POUR CE/CETTE PRESTATAIRE POUR CE SERVICE?	OUI 1 NON 2	
104	ENREGISTREZ LE SEXE DE LA CLIENTE (DU CLIENT)	MASCULIN 1 FÉMININ 2	
HISTOIRE DE LA PATIENTE (POUR LES FEMMES SEULEMENT)			
105	INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANÉMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :		
01	Date de la dernière naissance ou âge de l'enfant le plus jeune	A	
02	Date des dernières règles (pour savoir si enceinte actuellement)	B	
03	Statut d'allaitement	C	
04	Régularité du cycle menstruel	D	
05	Aucun	Y	
HISTOIRE DU PATIENT/DE LA PATIENTE (TOUS LES PATIENTS)			
106	INFORMATIONS PERSONNELLES SUR LA CLIENTE ET HISTOIRE REPRODUCTIVE. INDIQUEZ CI-DESSOUS SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI LA CLIENTE A FOURNI SPONTANÉMENT DES INFORMATIONS SUR LES SUJETS SUIVANTS :		
01	Age de la cliente (du client)	A	
02	Nombre d'enfants vivants	B	
03	Désir pour un enfant ou plus d'enfants	C	
04	Délai désiré pour une naissance ou un prochain enfant	D	
05	Aucun	Y	
EXAMEN PHYSIQUE			
107	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A EXÉCUTÉ L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRÈS OU A DEMANDÉ A PROPOS DE L'UNE OU L'AUTRE DES QUESTIONS DE SANTÉ SUIVANTES.		
01	Prendre la pression sanguine de la cliente	A	
02	Peser la cliente	B	
03	Interroger la cliente au sujet du tabagisme	C	
04	Interroger la cliente au sujet des symptômes relatifs aux IST (par exemple, écoulement anormal).	D	
05	Interroger la cliente au sujet des maladies chroniques (maladie du cœur, diabète, hypertension, problème de foie ou d'ictère, cancer du sein).	E	
06	Aucun	Y	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
PARTENAIRE ET STIs		
108	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A OU NON DISCUTÉ DES QUESTIONS CI-APRES LIÉES AUX PARTENAIRES SEXUELS ET AU CHOIX DE LA MÉTHODE DE PLANIFICATION FAMILIALE.	
01	De l'attitude du partenaire envers la planifi. familiale.	A
02	Du statut du partenaire (nombre de partenaires de la cliente ou de son partenaire; l'absence du partenaire).	B
03	Du risque des IST.	C
04	De l'utilisation des condoms pour prévenir les IST.	D
05	De l'utilisation des condoms seuls ou avec une autre méthode pour essayer de prévenir les IST.	E
06	Aucun	Y
QUESTIONS/PREOCCUPATIONS		
109	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE OU LA PATIENTE ONT FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS POUR ASSURER LA CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Interroge la cliente au sujet de questions ou de soucis concernant les méthodes actuellement utilisées.	A
02	La patiente a dit qu'elle a eu des soucis, ou a posé des questions sur les effets secondaires ou sur la méthode?	B
03	Aucun	Y
CONFIDENTIALITE		
110	ENREGISTREZ SI LE PRESTATAIRE A PRIS OU PAS L'UNE OU L'AUTRE DES MESURES SUIVANTES POUR ASSURER LA CLIENTE DE L'INTIMITÉ.	
01	Assure l'intimité visuelle.	A
02	Assure l'intimité auditive.	B
03	Assure la cliente oralement de la confidentialité.	C
04	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES																																																								
METHODES PRESCRITES OU FOURNIES																																																										
111	<p>VERIFIEZ LA METHODE AVEC LE PRESTATAIRE ET INDIQUEZ QUELLES MÉTHODES ONT ÉTÉ FOURNIES OU PRESCRITES PENDANT CETTE VISITE. SI DES CONDOMS ÉTAIENT PRESCRITS POUR L'USAGE AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.</p> <p>SI ANCIENNE CLIENTE VENUE POUR SE REAPPROVISIONNER EN PILULES OU POUR RECEVOIR UNE NOUVELLE INJECTION OU POUR SE FAIRE REMPLACER UN DIU PENDANT CETTE VISITE, ENCERCLEZ LA METHODE POUR LAQUELLE ELLE EST VENUE A LA COLONNE B]</p> <p style="text-align: center;">ATTENTION AU MOINS UNE RÉPONSE DOIT ÊTRE MENTIONNÉE POUR CHACUNE DES COLONNES SI AUCUNE MÉTHODE N'A ÉTÉ PRESCRITE, MENTIONNEZ "Y" DANS LA COLONNE "A"</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th rowspan="2" style="text-align: center;">METHODE</th> <th style="text-align: center;">(A)</th> <th style="text-align: center;">(B)</th> </tr> <tr> <th style="text-align: center;">PRESCRIT</th> <th style="text-align: center;">DONNE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>01 PILULE COMBINEE</td><td style="text-align: center;">A</td><td style="text-align: center;">A</td></tr> <tr><td>02 PILULE ORALE PROGEST. SEUL</td><td style="text-align: center;">B</td><td style="text-align: center;">B</td></tr> <tr><td>03 PILULE ORALE (TYPE NON SPECIFIE)</td><td style="text-align: center;">C</td><td style="text-align: center;">C</td></tr> <tr><td>04 PILULE COMBINEE INJECTABLE (MENSUELEMENT)</td><td style="text-align: center;">D</td><td style="text-align: center;">D</td></tr> <tr><td>05 INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE POUR 2 OU 3 MOIS)</td><td style="text-align: center;">E</td><td style="text-align: center;">E</td></tr> <tr><td>06 CONDOM MASCULIN</td><td style="text-align: center;">F</td><td style="text-align: center;">F</td></tr> <tr><td>07 CONDOM FEMININ</td><td style="text-align: center;">G</td><td style="text-align: center;">G</td></tr> <tr><td>08 DIU</td><td style="text-align: center;">H</td><td style="text-align: center;">H</td></tr> <tr><td>09 IMPLANT</td><td style="text-align: center;">I</td><td style="text-align: center;">I</td></tr> <tr><td>10 PILULE DU LENDEMAIN</td><td style="text-align: center;">J</td><td style="text-align: center;">J</td></tr> <tr><td>11 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES</td><td style="text-align: center;">K</td><td style="text-align: center;">K</td></tr> <tr><td>12 CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE</td><td style="text-align: center;">L</td><td style="text-align: center;">L</td></tr> <tr><td>13 VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE)</td><td style="text-align: center;">M</td><td style="text-align: center;">M</td></tr> <tr><td>14 STERILISATION FEMININE</td><td style="text-align: center;">N</td><td style="text-align: center;">N</td></tr> <tr><td>15 METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNELLE ET DE L"AMENORHEE (MAMA)</td><td style="text-align: center;">O</td><td style="text-align: center;">O</td></tr> <tr><td>16 AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME)</td><td style="text-align: center;">X</td><td style="text-align: center;">X</td></tr> <tr><td>17 PAS DE METHODES</td><td style="text-align: center;">Y</td><td style="text-align: center;">Y</td></tr> </tbody> </table>	METHODE	(A)	(B)	PRESCRIT	DONNE	01 PILULE COMBINEE	A	A	02 PILULE ORALE PROGEST. SEUL	B	B	03 PILULE ORALE (TYPE NON SPECIFIE)	C	C	04 PILULE COMBINEE INJECTABLE (MENSUELEMENT)	D	D	05 INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE POUR 2 OU 3 MOIS)	E	E	06 CONDOM MASCULIN	F	F	07 CONDOM FEMININ	G	G	08 DIU	H	H	09 IMPLANT	I	I	10 PILULE DU LENDEMAIN	J	J	11 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES	K	K	12 CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	L	L	13 VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE)	M	M	14 STERILISATION FEMININE	N	N	15 METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNELLE ET DE L"AMENORHEE (MAMA)	O	O	16 AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME)	X	X	17 PAS DE METHODES	Y	Y	
METHODE	(A)		(B)																																																							
	PRESCRIT	DONNE																																																								
01 PILULE COMBINEE	A	A																																																								
02 PILULE ORALE PROGEST. SEUL	B	B																																																								
03 PILULE ORALE (TYPE NON SPECIFIE)	C	C																																																								
04 PILULE COMBINEE INJECTABLE (MENSUELEMENT)	D	D																																																								
05 INJECTABLE A BASE DE PROGESTORONE SEULE POUR 2 OU 3 MOIS)	E	E																																																								
06 CONDOM MASCULIN	F	F																																																								
07 CONDOM FEMININ	G	G																																																								
08 DIU	H	H																																																								
09 IMPLANT	I	I																																																								
10 PILULE DU LENDEMAIN	J	J																																																								
11 COLLIER DU CYCLE POUR METHODE DES JOURS FIXES	K	K																																																								
12 CONSEIL SUR L'ABSTINENCE PERIODIQUE	L	L																																																								
13 VASECTOMIE (STERILISATION MASCULINE)	M	M																																																								
14 STERILISATION FEMININE	N	N																																																								
15 METHODE DE L'ALLAITEMENT MATERNELLE ET DE L"AMENORHEE (MAMA)	O	O																																																								
16 AUTRE (EX: SPERMICIDE, DIAPHRAGME)	X	X																																																								
17 PAS DE METHODES	Y	Y																																																								

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
POUR LA OU LES MÉTHODES DE LA QUESTION 112-129, INDIQUEZ SI LES INFORMATIONS APPROPRIÉES CI-DESSOUS ONT ETE ÉVALUÉES OU DISCUÉES.		
112	VERIFIEZ Q111: SI "A", "B", "C", "D" OU "E" SONT EN cercles DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNES. OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	114
113	PILULE OU INJECTABLES	
01	Prise (de la pilule quotidiennement ; et de l'injection chaque mois ou tous les 3 mois).	A
02	Le changement qui peut se produire avec les règles (diminution du flux, spotting).	B
03	Les effets secondaires qui peuvent se produire au début (comme la nausée, le gain de poids, et la tension mammaire).	C
04	Que faire en cas d'oubli de la pilule ou de l'injection au moment indiqué.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Doit retourner à la structure quand les effets secondaires apparaissent ou persistent	F
07	Aucun	Y
114	VERIFIEZ Q111: SI "F"OU "G" SONT EN cercles DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	116
115	CONDOMS	
01	La non utilisation si cliente allergique au latex.	A
02	Ne peut être employé qu'une seule fois.	B
03	Les lubrifiants qui peuvent être utilisés (hydrosoluble seulement pour le condom masculin; n'importe quel lubrifiant avec le condom féminin)	C
04	Son utilisation comme protection si la cliente craint l'échec avec l'autre méthode.	D
05	De la double protection (de la grossesse et contre les ISTs)	E
06	Aucun	Y
116	VERIFIEZ Q111: SI "H" EST EN cercle DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	118
117	DISPOSITIF INTRAUTERINE/STERILET (DIU)	
01	Bon pour 12 années.	A
02	Devoir retourner à la formation dans 3-6 semaines suivant l'insertion ou après les premières règles.	B
03	Des effets secondaires courants qui peuvent se produire (saignement intense pendant les premiers mois suivant l'insertion, spotting, ou de légères crampes abdominales).	C
04	Devoir retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires continuent.	D
05	L'utilisatrice doit régulièrement vérifier la corde après chaque menstruation.	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
118	VERIFIEZ Q111: SI "I" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	120
119	IMPLANT	
01	Bon pour 3-5 années.	A
02	Changement qui peut se produire avec la menstruation (saignement irrégulier, spotting).	B
03	Des effets secondaires qui peuvent se produire au début (nausée, gain de poids, et tension mammaire).	C
04	Devoir retourner à la structure sanitaire si les effets secondaires continuent.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
120	VERIFIEZ Q111: SI "J" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	122
121	CONTRACEPTION D'URGENCE	
01	Prendre une autre dose si vomissement dans les deux heures suivant la prise	A
02	Retour pour un test de grossesse, si les prochaines règles sont exceptionnellement légères ou ne se produisent pas dans un délai de 4 semaines	B
03	Première dose qui doit être prise dans un délai de 72 heures du rapport sexuel	C
04	Deuxième dose qui devrait être prise 12 heures après la première dose.	D
05	Pas une méthode contraceptive de routine et donc ne doit pas être répété/pris plus de trois fois dans un mois.	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y
122	VERIFIEZ Q111: SI "K" OU "L"EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	124
123	RHYTHME ou ABSTINENCE PERIODIQUE	
01	Comment identifier la période fertile d'une femme	A
02	De ne pas avoir de rapports pendant la période fertile de la femme sans méthode alternative	B
03	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	C
04	Aucun	Y
124	VERIFIEZ Q111: SI "M" EST ENCERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	126
125	VASECTOMIE	
01	La partenaire est protégée contre la grossesse après 3 mois ou après 30 éjaculations	A
02	Utilisation d'une méthode de relais pour les 3 mois suivants l'opération.	B
03	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un léger risque d'échec.	C
04	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, tension mammaire et saignement).	D
05	Devoir retourner à la formation en cas de signes	E
06	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	F
07	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
126	VERIFIEZ Q111: SI "N" EST ENERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	128
127	STERILISATION FEMININE	
01	protège contre la grossesse immédiatement	A
02	Méthode qui est prévue pour être permanente; avec un léger risque d'échec.	B
03	Signes d'alarme qui peuvent se produire après l'opération (douleur intense, léger maux de tête, fièvre, saignement et absence des règles).	C
04	Devoir retourner à la formation en cas de signes	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
128	VERIFIEZ Q111: SI "O" EST ENERCLE DANS N'IMPORTE QUELLE COLONNE OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>	130
129	MAMA	
01	D'un risque minime de grossesse peu de temps avant la reprise de la menstruation.	A
02	Doit allaiter de manière exclusive ou presque exclusive	B
03	Pas efficace après le retour des règles.	C
04	L'infant doit avoir moins de 6 mois.	D
05	La méthode ne protège pas contre les ISTs et le VIH	E
06	Aucun	Y
ACTIONS ADDITIONNELLES DU/DE LA PRESTATAIRE		
130	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UN DES POINTS SUIVANTS	
01	Regardé le/la patient(e) carte de santé à n'importe quel moment avant de commencer la consultation, pendant l'anamnèse ou l'examen physique.	A
02	Ecrit sur la carte de santé du/de la patient(e)	B
03	Utilisé quelque aide visuelle pour l'éducation sanitaire ou des conseils sur les méthodes de PF.	C
04	Parlé d'une visite de suivi	D
05	Aucun	Y
CONFIRMEZ AVEC LE/LA PRESTATAIRE		
131	CONFIRMEZ AVEC LE PRESTATAIRE A LA FIN DE LA CONSULTATION. VERIFIEZ LA CARTE DU PATIENT/DE LA PATIENTE OU LE REGISTRE SI NECESSAIRE.	
01	La patiente a t-elle déjà eu un contact avec un prestataire de PF dans cette structure?	OUI 1 NON 2 NSP 8
02	Est ce que cette patiente a déjà été enceinte?	OUI 1 NON 2 PATIENT 3 NSP 8

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES												
5. OBSERVATION CLINIQUE															
201	INDIQUEZ SI UNE PROCEDURE CLINIQUE A ÉTÉ CONDUITE PENDANT CETTE VISITE.														
01	EXAMAMINATION PELVIQUE		A												
02	INSERTION ET/OU RETRAIT DU DIU		B												
03	DONNEZ INJECTABLE		C												
04	INSERTION ET/OU RETRAIT DES IMPLANTS		D												
05	AUCUN		Y → 301												
202	LE PRESTATAIRE QUI FAIT L'EXAMEN CLINIQUE EST-IL CELUI QUI A FAIT LE COUNSELLING?	OUI 1 NON 2	→ 206												
	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour, je représente le ministère de la santé. Nous effectuons une enquête dans les formations sanitaires, avec le but de trouver des moyens d'améliorer la prestation des services. Je voudrais observer la façon de procéder avec la cliente. [Mme ____] est d'accord et ne voit pas d'inconvénients à ma présence. Ainsi, observer tous les composants des services fournis à [Mme ____] nous aidera à mieux comprendre comment les services de santé sont fournis.</p> <p>Toute information concernant cette procédure restera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez que je vous laissez seuls, je vous prie de bien vouloir me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission d'être présent durant la procédure?</p>														
	Signature de l'Enquêteur (Indique que le répondant est d'accord pour la participation)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">JOUR</td> <td style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ANNEE</td> </tr> </table>				2	0	2	JOUR	MOIS	ANNEE				
			2	0	2										
JOUR	MOIS	ANNEE													
203	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE RECU DU PRESTATAIRE.	OUI 1 NON 2	→ 301												
204	ENREGISTREZ LA FONCTION DU PRESTATAIRE AYANT EXÉCUTÉ LA MAJEURE PARTIE DE L'EXAMEN CLINIQUE.	PRESTATAIRE TYPE 1 PRESTATAIRE TYPE 2 PRESTATAIRE TYPE 3 PRESTATAIRE TYPE 4 PRESTATAIRE TYPE 5 PRESTATAIRE TYPE 6 PRESTATAIRE TYPE 7 PRESTATAIRE TYPE 8 PRESTATAIRE TYPE 9 OTHER _____	01 02 03 04 05 06 07 08 09 96 (SPECIFIEZ)												
205	ENREGISTREZ LE SEXE DU PRESTATAIRE CONDUISANT L'EXAMEN OU LE PROCÉDURE CLINIQUE.	MASCULIN 1 FEMININ 2													

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
6. EXAMEN PELVIEN		
206	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UN EXAMEN PELVIEN A ÉTÉ CONDUIT ?	OUI 1 NON 2 → 210
AVANT L'EXAMINATION		
207	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE	
01	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive à la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	Preparer les instruments avant la procédure	D
05	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	E
06	Porter des gants en latex avant de commencer	F
07	Aucun	Y
PENDANT L'EXAMINATION		
208	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES PENDANT LA PROCEDURE	
01	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	A
02	Demander à la patiente de respirer profondément et lentement afin de relaxer les muscles	B
03	Inspecter les organes génitaux externes	C
04	Expliquer l'utilisation du speculum (s'il est utilisé)	D
05	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière	E
06	Exécuter un examen bimanuel de l'utérus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPITANT L'ABDOMEN)	F
07	Aucun	Y
APRES L'EXAMINATION		
209	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retirer les gants	B
03	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	C
04	Placer les instruments ré-utilisable dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procedure	D
05	Aucun	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
7. INSERTION/RETRAIT DU DIU		
210	VERIFIEZ Q201 : UN DIU A-T-IL ÉTÉ INSÉRÉ OU RETIRÉ ?	INSERTION DU DIU A RETRAIT DU DIU B EXAMEN DU DIU C AUCUN Y → 215
AVANT LA PROCEDURE		
211	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE	
01	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	A
02	Assurer l'intimité auditive à la patiente	B
03	Expliquez les procédures avant de commencer	C
04	(POUR NOUVELLE PATIENTE) Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	D
05	(POUR NOUVELLE PATIENTE) S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	E
06	Preparer les instruments avant la procédure	F
07	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	G
08	Porter des gants en latex avant de commencer	H
09	Nettoyer la vagin et le col cervical avec un désinfectant	I
10	Aucun	Y
PENDANT LA PROCEDURE		
212	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES PENDANT LA PROCEDURE	
01	Exécuter un examen bimanuel de l'utérus (MAIN DANS LE VAGIN ET L'AUTRE PALPITANT L'ABDOMEN)	A
02	Réaliser l'examen au speculum avant celui bimanuel	B
03	Inspecter la muqueuse vaginale et le col cervical en utilisant le spéculum et la lumière	C
04	Utiliser une pince à Pozzi	D
05	Mesurer la hauteur utérine avant d'insérer le DIU	E
06	Expliquer chacune de ces procédures ci-dessus	F
07	Utiliser la "technique de retrait" pour insérer le DIU	G
08	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau	H
09	AUCUN	Y
APRES LA PROCEDURE		
213	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	Retirer les gants	A
02	Laver ou désinfecter les mains après avoir retirer les gants	B
03	Demander à la patiente d'attendre et de se reposer 5 minutes après l'insertion du DIU	C
04	Essuyer les surfaces souillées en utilisant un désinfectant	D
05	Placer les instruments ré-utilisable dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procedure	E
06	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
INTERECTION PATIENTE-PRESTATAIRE		
214	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE	
01	A-t-on dit à la patiente que la méthode est bonne pour 12 mois?	A
02	A-t-on conseillé à la patiente de retourner à la structure 'dans 3 `6 semaines après insertion ou après les premières règles?	B
03	A-t-on instruit la patiente de vérifier régulièrement la présence du fil après chaque période des règles	C
04	A-t-on dit à la patiente qu'elle pourrait expérimenter des effets secondaires? (saignement abondant les premiers mois, saignement en goutte ou des légères douleurs abdominales)	D
05	A-t-on instruit à la patiente de retourner à la structure si les effets secondaires persistent	E
06	A-t-on donné à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion et la date de la prochaine visite de suivi.	F
07	(SI RETRAIT DU DIU): Montrer le DIU qui a été retiré.	G
08	AUCUN	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES
LES CONTRACEPTIVES INJECTABLES			
215	VERIFIEZ Q201 : EST-CE QU'UNE INJECTION CONTRACEPTIVE A ÉTÉ DONNÉE ?	OUI NON	1 2 → 220
AVANT LA PROCEDURE			
216	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE		
01	(POUR NOUVELLE PATIENTE) Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode	A	
02	(POUR NOUVELLE PATIENTE) S'assurer que la patiente n'est pas enceinte	B	
03	(ANCIENNE PATIENTE) Vérifier la carte de la patiente pour s'assurer de donner l'injection à la date prévue.	C	
04	Assurer l'intimité visuelle à la patiente	D	
05	Assurer l'intimité auditive à la patiente	E	
06	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer	F	
07	Préparer l'injection dans un espace avec une table ou un tableau propre pour y placer ce dont on a besoin	G	
08	AUCUN	Y	
PENDANT LA PROCEDURE			
217	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE		
01	(SI UTILISANT DU MATERIEL JETABLE) Utiliser une nouvelle seringue et aiguille d'un paquet stérile et scellé	A	
02	Ouvrir un nouveau paquet de seringue et aiguille	B	
03	Retirer l'aiguille du flacon à dose multiple chaque fois	C	
04	Remuer ou agiter le contenu du flacon avant de retirer la dose	D	
05	Netoyer et sécher à l'air libre le lieu de l'injection avant l'injection	E	
06	Tirer le piston de la seringue en arrière avant d'injecter le produit	F	
07	Permettre à la dose de se disperser toute seule au lieu de masser l'endroit de l'injection	G	
08	Jetter les objets tranchants dans un récipient résistant aux piqûres l'endroit de l'injection.	H	
09	AUCUN	Y	
APRES LA PROCEDURE			
218	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE		
01	Jeter les objets tranchants dans un récipient résistant aux aiguilles (non débordant ou troué)	B	
02	Dire à la cliente de ne pas masser l'endroit de l'injection	C	
03	Dire à la cliente quand revenir pour la prochaine injection.	D	
04	Aucun	Y	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS		CODES
219	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ÉTÉ FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE 1 FOURNIES PAR CLIENTE 2 NE SAIS PAS 8	
2.4. INSERTION/RETRAIT D'IMPLANT			
220	VERIFIEZ Q201 : DES IMPLANTS ONT-ILS ETE INSÉRÉS OU RETIRES ?	INSERTION D'IMPLANT A RETRAIT D'IMPLANT B NE SAIS PAS Y	→ 301
AVANT LA PROCEDURE			
221	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE		
01	(POUR NOUVELLE PATIENTE) Reconfirmer avec la patiente le choix de la méthode		A
02	(POUR NOUVELLE PATIENTE) S'assurer que la patiente n'est pas enceinte		B
03	Assurer l'intimité visuelle à la patiente		C
04	Assurer l'intimité auditive à la patiente		D
05	Expliquez les procédures avant de commencer		E
06	Preparer les instruments avant la procédure		F
07	Utiliser des instruments stérilisés ou désinfectés à un haut niveau		G
08	Se laver les mains à l'eau et du savon ou avec un désinfectant avant de commencer		H
09	Mettre des gants stériles et maintenir la stérilité durant la procédure		I
10	AUCUN		Y
PENDANT LA PROCEDURE			
222	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES APRES LA PROCEDURE		
01	Nettoyer la peau à l'endroit où l'incision sera faite avec un antiseptique		A
02	Utiliser un champ stérile pour protéger l'endroit de l'incision.		B
03	Utiliser une aiguille et seringue nouvelle ou stérilisé pour l'anesthésie locale		C
04	Laisser à l'anesthésie locale du temps d'agir avant de faire l'incision		D
05	AUCUN		Y
APRES LA PROCEDURE			
223	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT LA PROCEDURE		
01	Jetter les objets tranchants dans un recipient resistant aux piqûres l'endroit de l'injection.		A
02	Essuyer les surfaces souillées avec un désinfectant.		B
03	Placer les instruments ré-utilisable dans une solution désinfectante à base de chlore immédiatement après la procedure		C
04	Retirer les gants		D
05	Laver ou désinfecter les mains après avoir retirer les gants		E
06	Expliquez les soins de l'incision et le retrait du pansement		F
07	Discuter de la visite prochaine pour retrait du pansement adhésif		G
08	AUCUN		Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
INTERECTION PATIENTE-PRESTATAIRE		
224	ENREGISTREZ SI LE/LA PRESTATAIRE A FAIT L'UNE DES CHOSES SUIVANTES AVANT	
01	Patiente instruite que l'implant est bon pour 3-5 ans (NOMBRE D'ANNEE DEPEND DU TYPE DE L'IMPLANT)	A
02	Patiente instruite à propos des changements possibles du cycle mensuel et/ou autres effets secondaires.	B
03	Patiente instruite sur d'autres effets secondaires non menstruels telque des nausée augmentation du poids ou tensions mammaires	C
04	Patiente instruite de returner à la structure si les effets secondaires persistent	D
05	(EN CAS DE RETRAIT): Monter à la patiente chaque capsule d'implant retiré en la rassurant que tout a été retiré.	E
06	Fournir à la patiente une carte mentionnant la date de l'insertion de l'implant et la date à laquelle il faudra l'enlever.	F
07	AUCUN	Y
225	INDIQUEZ SI L'AIGUILLE ET LA SERINGUE ONT ÉTÉ FOURNIES PAR LE SERVICE OU FOURNIES PAR LA CLIENTE.	FOURNIES PAR SERVICE 1 FOURNIES PAR CLIENTE 2 NE SAIS PAS 8

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES	
10. STATUS DES CLIENTS DES SERVICES DE PLANNIFICATION FAMILIALE A DEMANDER AU PRESTATAIRE APRES CONSULTATION			
APRÈS LA CONSULTATION, COMPLETEZ LES INFORMATIONS SUIVANTES			
301	Quel était le status de la cliente des services de PF au début de la consultation?	UTILISATRICE 1 N'UTILISE PAS, A UTILISE 2 PAR LE PASSE N'UTILISE PAS ET, N'A 3 JAMAIS UTILISE INDETERMINE 8	→ 304 → 304 → 304
302	Quelle était la principale raison de cette visite pour la cliente?	REAPPROVISIONNEMENT SUIVI ROUTINIER 1 DISCUTER DE PROBLEME AVEC LA METHODE 2 DESIRE CHANGER METHODE (PAS DE PROBLEME) 3 DESIRE ARRETER PF (PAS DE PROBLEME) 4 DISCUTER AUTRE PROBLEME PHYSIQUE 5	
303	Quelle était l'issue de la visite? (POUR UTILISATRICE ACTUELLE)	A CONTINUE AVEC METHO. ACTUELLE 1 A CHANGE DE METHODE 2 CHANGERÀ DE METHODE NON REÇU AUJOURD'HUI CONTINUE AVEC METHODE ACTUELLE 3 CHANGERÀ DE METHODE NON REÇU AUJOURD'HUI ARRETE METHODE ACTUELLE 4 A DECIDE D'ARRETER UTILISER PF 5	→ 305 → 305 → 305 → 305 → 306
304	Quelle était l'issue de la visite? (SI PAS UN UTILISATRICE ACTUELLE)	ACCEPTE COMMENCER UNE METHODE 1 N'A PAS DECIDE SUR METHO. 2	→ 306
305	Est ce que la cliente est partie avec une méthode à utiliser? SI NON : INDIQUEZ LA RAISON POUR LAQUELLE ELLE N'A PAS REÇU DE MÉTHODE	OUI, A QUITTE AVEC UNE METHODE 1 NON, N'EST PAS EN STOCK .. 2 NON, NECESSITE UN RENDEZ-VOUS 3 NON, REPORTÉ POUR RAISON DE SANTE 4 NON, STATUT GROSSESSE INCERTAIN 5 AUTRE 6	
306	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A ÉCRIT OU NON SUR LA CARTE OU DANS LE CARNET INDIVIDUEL DE LA CLIENTE APRÈS LA CONSULTATION.	OUI 1 NON 2 PAS DE CARNET INDIVIDUEL .. 3 NE SAIS PAS 8	
307	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION	<input type="text"/> : <input type="text"/>	
308	Commentaires de l'Observateur:		

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ		
OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE		
1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE		
TYPE DE QUESTIONNAIRE		<input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> M
NUMERO DE LA STRUCTURE	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE [DE LA LISTE DE PERSONNEL]	<input type="text"/> <input type="text"/>	
CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
2. INFORMATION SUR LE PRESTATAIRE		
<u>Catégorie de Prestataire:</u> PRESTATAIRE TYPE 1 01 PRESTATAIRE TYPE 2 02 PRESTATAIRE TYPE 3 03 PRESTATAIRE TYPE 4 04 PRESTATAIRE TYPE 5 05 PRESTATAIRE TYPE 6 06 PRESTATAIRE TYPE 7 07 PRESTATAIRE TYPE 8 08 PRESTATAIRE TYPE 9 09 AUTRE 96	CATÉGORIE PRESTATAIRE <input type="text"/> <input type="text"/>	
SEXE DU PRESTATAIRE: (1=Masculin; 2=Féminin)	SEXE DU PRESTATAIRE <input type="text"/>	
3. INFORMATION SUR L'OBSERVATION		
Date:	JOUR	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Nom de l'observateur:	MOIS	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	ANNÉE	2 0 2 <input type="text"/> <input type="text"/>
	CODE OBSERVATEUR	<input type="text"/> <input type="text"/>

4. OBSERVATION DE LA CONSULTATION DE L'ENFANT MALADE															
NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A												
I	<p>AVANT D'OBSERVER LA CONSULTATION, OBTENEZ LA PERMISSION DU PRESTATAIRE DE SERVICE ET DU (DE LA) CLIENT(E). ASSUREZ-VOUS QUE LE PRESTATAIRE SAIT QUE VOUS N'ETES PAS LA POUR L'EVALUER, ET QUE VOUS N'ETES PAS UN EXPERT A CONSULTER PENDANT LA SESSION.</p>														
	<p>A LIRE AU PRESTATAIRE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une enquête auprès des structures sanitaires au [PAYS] dans le but de trouver des moyens d'améliorer l'offre des services. Je voudrais observer votre consultation avec ce(tte) client(e) afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Les informations de cette observation sont confidentielles. Ni votre nom ni celui de la cliente ne seront enregistrés. L'information collectée pendant cette observation pourra être utilisée par le [MINISTERE DE LA SANTE] ou autres institutions en vue de l'amélioration des services ou pour la recherche en services de santé; cependant, ni votre nom ni ceux de vos clients ne seront saisis dans aucune base des données.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Si, à n'importe quel moment, vous vous sentez gênés, vous pouvez me demander de partir. Cependant, nous espérons que le fait que nous observons votre consultation ne vous dérange pas.</p> <p>Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____ (indique que l'enquête a accepté volontairement de participer)</p>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">0</td> <td style="width: 25px; height: 25px; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">JOUR</td> <td style="text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="4" style="text-align: center;">ANNÉE</td> </tr> </table>				2	0	2	JOUR	MOIS	ANNÉE				
			2	0	2										
JOUR	MOIS	ANNÉE													
100	ENREGISTREZ SI LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR LE PRESTATAIRE.	OUI NON	1 2	► FIN											
	<p>A LIRE A LA CLIENTE: Bonjour. Mon nom est [OBSERVATEUR]. Je représente [AGENCE D'EXECUTION]. Nous faisons une enquête sur les prestations des services de santé au [PAYS]. Je voudrais être présent pendant que vous recevez des services aujourd'hui, afin de comprendre comment les services aux enfants malades sont fournis dans cette structure.</p> <p>Nous ne sommes pas entrain d'évaluer le [INFIRMIER/DOCTEUR/PRESTATAIRE] ou la Structure en particulier. Et même si les informations de cette observation pourront être fournies aux chercheurs pour des analyses, ni votre nom ni la date de service seront divulgués, ainsi votre identité et n'importe quelle information sur vous demeureront complètement confidentielles.</p> <p>Sachez que si vous décidez de me permettre d'assister pour observer votre visite c'est de manière complètement volontaire et que vous acceptiez de participer ou non n'affectera pas les services que vous recevrez. Si, à un moment quelconque, vous souhaitez que je quitte la consultation, n'hésitez surtout pas à me le dire.</p> <p>Après la consultation, mon collègue souhaiterait parler avec vous au sujet de votre expérience aujourd'hui. Avez-vous des questions à me poser? Ai-je votre permission d'être présent à cette consultation?</p> <p>_____ (indique que l'enquête a accepté volontairement de participer)</p>														
101	ENREGISTREZ SI OUI OU NON LA PERMISSION A ETE DONNÉE PAR L'ACCOMPAGNATEUR.	OUI NON	1 2	► FIN											
102	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'OBSERVATION		□□:□□												
103	EST-CE LA PREMIERE OBSERVATION POUR CE PRESTATAIRE DE CE SERVICE?	OUI NON	1 2												
104	INDIQUEZ LE SEXE DE L'ENFANT. POSEZ LA QUESTION AU PRESTATAIRE POUR CONFRIMEZ LE SEXE DE L'ENFANT	MASCULIN FEMININ	1 2												

5. INTERACTION ENTRE LE PRESTATAIRE ET L'ACCOMPAGNATEUR ET L'ENFANT		
NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
HISTOIRE DU CLIENT		
105	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ QUE L'ENFANT A EU L'UN OU L'AUTRE DES SYMPTOMES PRINCIPAUX SUIVANTS	
	01 fièvre	A
	02 Toux ou respiration difficile (ex. une respiration rapide ou tirage sous-costal)	B
	03 Diarrhée	C
	04 Douleur ou écoulement à l'oreille	D
106	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDÉ OU SI L'ACCOMPAGNATEUR A MENTIONNÉ L'UN OU L'AUTRE DES SIGNES GÉNÉRAUX DE DANGER SUIVANTS	
	01 Enfant est incapable de boire ou de téter	A
	02 Enfant vomit tout	B
	03 Enfant a eu des convulsions avec cette maladie	C
	04 Aucun des signes ci-dessus	Y
107	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A EVALUÉ LES SYMPTOMES D'UNE SUSPICION D'UNE INFECTION PAR LE VIH EN DEMANDANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:	
	01 Le statut sérologique de la mère	A
	02 Une tuberculose chez l'un des parents dans les 5 dernières années	B
	03 Deux ou plusieurs épisodes de diarrhée chez l'enfant, durant chacune 14 jours ou plus	C
	04 Aucune des choses ci-dessus	Y
EXAMENS PHYSIQUES		
108	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UN OU L'AUTRE DES EXAMENS PHYSIQUES CI-APRÈS SUR L'ENFANT MALADE	
	01 Pris la température de l'enfant en utilisant un thermomètre	A
	02 Touché l'enfant pour sentir la chaleur du corps/fièvre	B
	03 Compté le rythme respiratoire	C
	04 Ausculté l'enfant (écouter la poitrine avec le stéthoscope) ou compter les impulsions	D
	05 Examiné la peau pour voir s'il y a déshydratation ou non (ex. pincer la peau de l'abdomen)	E
	06 Vérifié la pâleur en regardant les paumes	F
	07 Vérifié la pâleur de la conjonctive ou la bouche	G
	08 Vérifié la bouche et la gorge (également pour la candidose buccale)	H
	09 Vérifié la raideur de la nuque	I
	10 Regardé dans l'oreille de l'enfant	J
	11 Vérifié derrière l'oreille de l'enfant	K
	12 Déshabillé l'enfant pour l'examiner (des épaules/aux chevilles)	L
	13 Pressé les deux pieds pour vérifier la présence d'œdème	M
	14 Pesé l'enfant	N
	15 Reporté le poids sur le diagramme de croissance	O
	16 Vérifié l'élargissement des nœuds lymphatiques dans 2 ou plusieurs des sites suivants: cou, les aisselles, l'aine	P
	17 Aucun des examens ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES	
AUTRES EXAMENS			
109	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A DEMANDE OU PROCEDE OU NON A D'AUTRES EXAMENS RELATIFS A LA SANTE DE L'ENFANT EN FAISANT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES:		
	01	Offert à l'enfant quelque chose à boire ou demander à la mère de mettre l'enfant au sein SI L'ENFANT BOIT OU PREND LE SEIN PENDANT LA VISITE, CECI COMPTE EN TANT QUE « OUI »	A
	02	Interrogé sur les habitudes alimentaires ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	B
	03	Interrogé sur les habitudes d' allaitement ou pratiques normales lorsque l'enfant n'est pas malade	C
	04	Interrogé sur des pratiques alimentaires ou d'allaitement de l'enfant pendant cette maladie	D
	05	Mentionné le poids ou la croissance de l'enfant à l'accompagnateur, ou discuté le diagramme de croissance	E
	06	Regardé la carte de vaccination de l'enfant ou interroger l'accompagnateur au sujet des vaccinations	F
	07	Demandé si l'enfant a reçu de la vitamine A durant les 6 derniers mois	G
	08	Regardé la carte de santé de l'enfant avant de commencer la consultation, ou tout en rassemblant les informations de l'accompagnateur, ou en examinant l'enfant CE DOCUMENT PEUT ÊTRE UNE CARTE DE VACCINATION OU AUTRE CARTE DE SANTÉ	H
	09	A écrit sur la carte santé de l'enfant	I
	10	Demandé si l'enfant a reçu un médicament de déparasitage dans les 6 derniers mois	J
11	Aucun des examens ci-dessus	Y	
CONSEILS A L'ACCOMPAGNATEUR			
110	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES		
	01	Fourni des informations générales sur l'alimentation ou l'allaitement de l'enfant même lorsqu'il n'est pas malade	A
	02	Dit à l'accompagnateur de donner des liquides supplémentaires à l'enfant pendant cette maladie	B
	03	Dit à l'accompagnateur de continuer d'alimenter l'enfant pendant cette maladie	C
	04	Dit à l'accompagnateur que l'enfant a telle maladie	D
	05	Décris les signes et/ou les symptômes pour lesquels l'enfant devrait être immédiatement ramené à la structure.	E
	06	Utilisé une aide visuelle pour éduquer l'accompagnateur	F
07	Aucun des conseils ci-dessus	Y	
DES CONSEILS SUPPLEMENTAIRES			
111	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES IL S'AGIT UNIQUEMENT DES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR DONNERA A L'ENFANT A LA MAISON ET NE COMPREND PAS LES PREMIERES DOSES OU DES MEDICAMENTS DONNÉ A L'ENFANT PENDANT LA CONSULTATION (EX. SRO OU ANTIDOULEURS) POUR UN TRAITEMENT IMMEDIAT DES SYMPTOMES.		
	01	Prescrit ou fourni des médicaments par voie orale pendant ou après consultation	A
	02	Expliqué la façon d'administrer un traitement oral	B
	03	Demandé l'accompagnateur de répéter les instructions pour l'administration de médicaments à la maison	C
	04	A donné la première dose du traitement oral	D
	05	Discuté de la visite de suivi de l'enfant malade	E
	06	Aucun des conseils ci-dessus	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
RÉFÉRENCES ET HOSPITALISATION		
112	INDIQUEZ SI LE PRESTATAIRE A FAIT L'UNE OU L'AUTRE DES CHOSES SUIVANTES	
01	RECOMMANDÉ QUE L'ENFANT SOIT HOSPITALISÉ URGEMMENT (C.À.D. ADMIS A L'HÔPITAL OU RÉFÉRÉ À UN AUTRE HÔPITAL)	A
02	RÉFÉRÉ L'ENFANT À UN AUTRE PRESTATAIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE POUR D'AUTRES SOINS	B
03	RÉFÉRÉ L'ENFANT POUR UN TEST EN LABORATOIRE AU SEIN DE LA STRUCTURE OU EN DEHORS DE LA STRUCTURE	C
04	EXPLIQUÉ LA RAISON DE LA RÉFÉRENCE	D
05	A DONNÉ UNE FICHE DE RÉFÉRENCE À L'ACCOMPAGNATEUR	E
06	EXPLIQUÉ OÙ (OU CHEZ QUI) ALLER	F
07	LE PRESTATAIRE A EXPLIQUÉ QUAND ALLER POUR LA RÉFÉRENCE	G
08	RIEN DE CE QUI EST DIT CI-HAUT	Y
113	QUEL A ÉTÉ LE RÉSULTAT DE LA CONSULTATION? [THIS IS THE POINT WHEN THE OBSERVATION IS CONCLUDED]	TRAITÉ ET RENVOYÉ CHEZ LUI. . . . 1 ENFANT RÉFÉRÉ CHEZ PRESTATAIRE, MÊME STRUCTURE. . . . 2 ENFANT ADMIS, MÊME STRUCTURE. 3 ENFANT ENVOYÉ AU LABO. 4 ENFANT RÉFÉRÉ À UNE AUTRE STRUCTURE. 5

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
6. DIAGNOSTIC		
DEMANDEZ AU PRESTATAIRE DE VOUS DIRE LE DIAGNOSTIC POUR L'ENFANT MALADE. SI LA DESHYDRATATION ETAIT DIAGNOSTIQUEE, DEMANDEZ SI ELLE ETAIT GRAVE, MODERE, OU MINEUR ET NOTEZ LA REPONSE APPROPRIEE. POUR TOUTE AUTRE DIAGNOSTIC, ENCERCLEZ LE DIAGNOSTIC FAITE.		
DIAGNOSTIC (OU SYMPTOME PRINCIPAL, SI AUCUN DIAGNOSTIC)		
201	DESHYDRATATION	
	DESHYDRATATION SEVERE.....	1
	DESHYDRATATION MODEREE.....	2
	DESHYDRATATION MINEURE.....	3
AUCUN DES SYMPTOMES CI-HAUT/PAS DE DESHYDRATATION.....	4	
202	SYSTEME RESPIRATOIRE	
	PNEUMONIE / BRONCHO-PNEUMONIE	A
	SPASME BRONCHIQUE/ASTHME	B
	INFECTION RESPIRATOIRE SUPERIEURE (IRS)/INFECTION RESPIRATOIRE AIGUE (IRA)	C
	MALADIE RESPIRATOIRE, DIAGNOSTIC INCERTAIN.....	D
	TOUX, DIAGNOSTIC INCERTAIN.....	E
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT.....	Y	
203	SYSTEME DIGESTIF / INTESTINAL	
	DIARRHEE.....	A
	DYSENTERIE.....	B
	AMIBIASE.....	C
	DIARRHEE AIGUE PERSISTANTE.....	D
AUTRE DIGESTIFS / INTESTINALE (PRECISEZ).....	X	
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT.....	Y	
204	PALUDISME	
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR SYMPTOMES).....	1
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST MICROSC).....	2
	PALUDISME (DIAGNOSTIC PAR TEST RAPID).....	3
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT.....	4
205	FIEVRE/ROUGEOLE	
	FIEVRE D'ORIGINE INCONNUE.....	1
	ROUGEOLE SANS COMPLICATIONS.....	2
	ROUGEOLE AVEC COMPLICATIONS (EX. BOUCHE / YEUX OU GRAVE).....	3
	FIEVRE TYPHOIDE.....	4
	INFECTION URINAIREE.....	5
	SEPTICEMIE.....	6
	MENINGITE.....	7
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT.....	8	
206	L'OREILLE	
	MASTOIDITE	A
	INFECTION AIGUE DE L'OREILLE	B
	INFECTION CHRONIQUE DE L'OREILLE	C
	AUTRE INFECTION DE L'OREILLE.....	X
AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT.....	Y	
207	LA GORGE	
	PHARYNGITE/ANGINE	1
	AUTRE DIAGNOSTIC POUR GORGE (SPECIFIEZ).....	2
	AUCUN DES DIAGNOSTICS CI-HAUT.....	3
208	AUTRE DIAGNOSTIC	
	ABCES.....	A
	CONJONCTIVITE.....	B
	INFECTION DE LA PEAU.....	C
	AUTRE DIAGNOSTIC (SPECIFIEZ).....	X
PAS D'AUTRE DIAGNOSTIC.....	Y	

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
7. TRAITEMENT		
DEMANDEZ A PROPOS DU TRAITEMENT QUI A ETE PRESCRIT OU FOURNI. INSISTEZ SI NECESSAIRE		
209	Avez-vous prescrit un traitement aujourd'hui pour cet enfant? SI OUI, ENCERCLEZ TOUS LES TRAITEMENTS QUI ONT ETE PRESCRIT OU FOURNI A L'ENFANT AUX QUESTIONS CI-APRES	OUI.....1 NON.....2 → 215
210	GENERAL TREATMENT	
01	INJECTION DEBENZATHINE PENICILLINE	A
02	INJECTION D'AUTRE ANTIBIOTIQUE	B
03	AUTRE INJECTION	C
04	CO-TRIMOXAZOLE COMPRIMES	D
05	CO-TRIMOXAZOLE SIROP	E
06	CAPSULES D'AMOXICILLINE	F
07	AMOXICILLINE SIROP	G
08	AUTRE ANTIBIOTIQUE COMPRIMES/SIROP	H
09	PARACETAMOL	I
10	AUTRES ANTIPIRETIQUES	J
11	ZINC	K
12	VITAMINES (AUTRES QUE LA VITAMINE A)	L
13	SIROPS CONTRE LA TOUX/AUTRES MEDICAMENTS	M
14	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT	Y
211	RESPIRATOIRE	
01	NEBULISEUR OU INHALATEUR	A
02	BRONCHODILATATEUR INJECTABLE (EX.ADRENALINE)	B
03	BRONCHODILATATEUR ORAL	C
04	OREILLE SECHEE PAR DES TIGES MONTEES	D
05	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT	Y
212	PALUDISME	
01	QUININE INJECTABLE	A
02	ARTHEMETER/ARTESUNATE INJECTABLE	B
03	AUTRES INJECTABLES ANTIPALUDIQUES (EX, FANSIDAR, ARTEMETHER)	C
04	ARTHEMETER/ARTESUNATE EN SUPPOSATOIRE	D
05	CTA ORAL	C
06	ARTHEMETER/ARTESUNATE EN COMPRIME	D
07	COMPRIMES D'AMODIAQUINE	E
08	COMPRIME DE FANSIDAR	F
09	QUININE ORALE	G
10	AUTRE ANTIPALUDEEN ORAL	H
11	AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT	Y

NO.	QUESTIONS / OBSERVATIONS	CODES
213	DESHYDRATATION	
	01 SRO MAISON (PLAN A)	A
	02 SRO INITIAL DANS LA STRUCTURE (4 HEURES - PLAN B)	B
	03 SERUMS INTRAVEINEUX (PLAN C)	C
04 AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT	Y	
214	AUTRE TRAITEMENT & CONSEILS	
	01 VITAMINE A (PEUT AUSSI ETRE POUR L'IMMUNISATION)	A
	02 CONSOMMATION DES ALIMENTS SOLIDES	B
	03 PRISE DES LIQUIDES SUPPLEMENTAIRES	C
	04 PRISE DU LAIT MATERNEL	D
	05 A PRESCRIT / DONNÉ COMPRIMES VERMIFUGES	E
	06 TOUT AUTRE TRAITEMENT _____	X
07 AUCUN DES TRAITEMENTS CI-HAUT	Y	
DEMANDEZ AU PRESTATAIRE		
215	Est-ce [NOM] première visite à cette structure pour cette maladie, ou est-ce une visite de suivi?	PREMIÈRE VISITE 1 SUIVI 2 NE SAIT PAS..... 8
216	Avez-vous vacciné l'enfant au cours de cette visite ou référer l'enfant pour la vaccination aujourd'hui autre que Supplémentation en VITAMINE A? SI NON: POURQUOI ?	QUI, A VACCINÉ ENFANT..... 1 OUI, A REFERE 2 PAS ENCORE TEMPS DE DONNER LE VACCIN 3 VACCIN NON DISPONIBLE..... 4 ENFANT TROP MALADE..... 5 CE N'EST PAS LE JOUR DE LA VACCINATION 6 N'A PAS VÉRIFIÉ POUR LA VACCINATION 7 NE MANQUE PAS DE VACCIN A COMPLETE VACCINATIONS 8
217	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'OBSERVATION.....	<input type="text"/> : <input type="text"/>
Commentaires de l'Observateur: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>		

**THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES
DE SOINS DE SANTÉ**

INTERVIEW A LA SORTIE DES PATIENTES DES SOINS PRENATAUX

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

NUMERO DE LA STRUCTURE

<input type="text"/>				
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

DATE:

JOUR

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

MOIS

ANNEE.....

2 0 2

Name l'enquêteur/trice:

CODE DE L'ENQUETEUR

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

1. Information sur la visite -Consultation Prénatale (CPN)

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A												
	<p>A LIRE A LA CLIENTE : Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons [ORGANISME D'IMPLEMENTATION]. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre travail ici relativement à la journée d'aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette entrevue est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevez pendant n'importe quelle visite future.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date des services ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle.</p> <p>Avez-vous des questions pour moi ? Ai-je votre permission de continuer l'entrevue ?</p>	<table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td>2</td> <td>0</td> <td>2</td> </tr> <tr> <td>JOUR</td> <td>MOIS</td> <td colspan="4">ANNEE</td> </tr> </table>				2	0	2	JOUR	MOIS	ANNEE				
			2	0	2										
JOUR	MOIS	ANNEE													
100	Puis-je commencer l'entrevue?	ACCEPTE 1 REFUS 2	→ FIN												
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW DANS LE FORMAT DE 24 HEURES	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td><td>.</td><td> </td><td> </td></tr></table>			.										
		.													
102	Avez-vous une carte/carnet de soins prénataux, ou une carte de vaccination sur vous?	OUI 1 NON, CARNET RESTE DANS LA STRUC 2 CARNET PAS UTILISE 3	→ 106												
103	VÉRIFIEZ LA CARTE/CARNET PRENATAL, OU CARTE DE VACCINATION. INDIQUEZ S'IL Y EST NOTE OU NON QUELQUE CHOSE QUI MONTRÉ QUE LA CLIENTE A REÇU DU VACCIN ANTI-TETANIQUE.	OUI, UNE FOIS 1 OUI, DEUX FOIS 2 OUI, TROIS FOIS OU PLUS 3 PAS D'INDICATION 4													
104	SELON LA CARTE/CARNET PRENATAL, DEPUIS COMBIEN DE SEMAINES EST-ELLE ENCEINTE?	# DES SEMAINES <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> PAS DISPONIBLE 95													
105	EST-CE QUE LA CARTE INDIQUE QUE LA CLIENTE A REÇU UN TRAITEMENT PRÉVENTIF DE MÉDICAMENTS ANTIPALUDEENS? SI OUI, INDIQUEZ LE NOMBRE DES DOSES	OUI, 1 DOSE 1 OUI, 2 DOSES 2 OUI, 3 DOSES 3 OUI, 4 DOSES 4 NON 5													
106	Avez-vous déjà été enceinte, quelque soit la durée ou l'aboutissement, ou bien c'est votre première grossesse?	PREMIERE GROSSESSE 1 PAS PREMIERE GROSSESSE 2													
107	Est-ce que c'est votre première visite prénatale à cette formation pour cette grossesse? SI PAS PREMIERE VISITE, DEMANDER Combien de fois avez-vous visité cet établissement pour cette grossesse?	PREMIERE VISITE 1 DEUXIEME VISITE 2 TROISIEME VISITE 3 QUATRIEME VISITE 4 PLUS DES 4 VISITES 5													

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
108	Durant cette visite, ou visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des comprimés de fer ou acide folique ou les deux? MONTREZ A LA CLIENTE LES COMPRIMES DE FER, ACIDE FOLIQUE OU COMPRIME COMBINE.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→112
109	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il expliqué comment prendre les comprimés de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
110	Durant cette visite ou lors des visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé des effets secondaires des comprimés de fer?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→112
111	Dites-moi SVP tous les effets secondaires que vous connaissez et qui sont liés à la prise des comprimés de fer. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXAMPLE "QUOI D'AUTRES?"	NAUSÉE..... A SELLES NOIRES..... B CONSTIPATION..... C AUTRE _____ (SPECIFIER) Z NE SAIT PAS.....	
112	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit un antipaludéen? MONTREZ LES COMPRIMES DE FANSIDAR?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→114
113	Vous a-t-on demandé d'avaler les comprimés dans la structure et en présence d'un prestataire?	OUI 1 NON 2	
114	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a conseillé d'utiliser une moustiquaire imprégnée d'insecticide	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	
115	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a donné une moustiquaire imprégnée d'insecticide gratuitement?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→117

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
116	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a proposé d'acheter une moustiquaire imprégnée d'insecticide ou vous avez recommandé un endroit pour l'acheter.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE 3 SEULEMENT NON 4 NSP 8	
117	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé de la nutrition ou quelle nourriture vous devez manger pendant cette grossesse?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE 3 SEULEMENT NON 4 NSP 8	
118	Dites moi s'il vous plaît certains signes de complications (signes de danger) de la grossesse que vous connaissez. Je voudrais parler de tout ce qui pourrait indiquer un problème ou une complication de la grossesse, ou tout ce qui pourrait nuire au bon déroulement de la grossesse. ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES. INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXAMPLE "QUOI D'AUTRES?"	SAIGNEMENT VAGINAL A FIEVRE B OEDEME VISAGE/MAINS C FATIGUE ET ESSOUFFLEMENT... D MAUX DE TETE ET VISION FLOUE E CONVULSIONS F MOUVEMENTS FOETAUX REDUITS OU ABSENTS G RUPTURE PREMATURE DES MEMBRANES H TOUX OU DIFFICULTE A RESPIRER PDT 3 SEMAINES OU PLUS I AUTRE _____ X (SPECIFIER) NSP Z	→ 120
119	Est-ce que pendant cette visite ou une visite précédente, un prestataire vous a parlé de la des signes d'alerte des complications de la grossesse.	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE 3 SEULEMENT NON 4 NSP 8	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
120	<p>Qu'est ce que le prestataire vous a donné comme conseil au cas où vous avez un de ces signes de complications?</p> <p>ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.</p> <p>INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXAMPLE "QUOI D'AUTRES?"</p>	<p>VENIR A LA STRUCTURE A REDUIRE L'ACTIVITE PHYSIQUE B CHANGER LE REGIME ALIMENTAIRE C AUTRE _____ X (SPECIFIER)</p> <p>PAS DES CONSEILS Y</p>	
121	<p>Est-ce que pendant cette visite ou une visite antérieures, un prestataire a discuté avec vous de choses que vous devriez avoir en vue de votre accouchement ? Ceci pourrait inclure des dispositions en cas d'urgences, les choses que vous devriez apporter avec vous à la maternité ou les choses que à la maison pour un accouchement à domicile.</p>	<p>OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE 3 SEULEMENT NON 4 NSP 8</p>	
122	<p>Dites-moi SVP toutes les choses que vous savez sur tout ce que vous devriez avoir en vue de votre accouchement.</p> <p>ENCERCLEZ TOUTES LES REPONSES MENTIONNEES.</p> <p>INSISTEZ SANS LIRE LES REPONSES EN DISANT PAR EXAMPLE "QUOI D'AUTRES?"</p>	<p>TRANSPORT URGENCE..... A ARGENT..... B DESINFECTANT..... C LAME/CISEAUX STERILE POUR COUPER CORDON... D GANTS E CORDE POUR NOUER LE CORDON OMBILICAL..... F AUTRE _____ X (SPECIFIER) Z NE SAIT PAS</p>	
123	<p>Avez-vous mis de l'argent à côté pour l'accouchement? SI OUI, DEMANDEZ: En avez-vous assez?</p>	<p>OUI, ASSEZ..... 1 OUI, MAIS PAS ASSEZ..... 2 NON..... 3</p>	
124	<p>Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il questionné sur le lieu où vous pensez accoucher?</p>	<p>OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE 3 SEULEMENT NON 4 NSP 8</p>	

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
125	Avez-vous décidé où vous irez accoucher de votre bébé ? SI OUI: INSISTEZ POUR SAVOIR SI ELLE VA ACCOUCHER DANS UNE FORMATION OU A DOMICILE	DANS CETTE STRUCTURE ... 1 DANS AUTRE STRUCTURE..... 2 DANS UN DOMOCILE..... 3 CHEZ LA MATRONE 4 AUTRE _____ (SPECIFIER) NE SAIT PAS..... 8	
126	Connaissez-vous les signes de danger de l'accouchement ou de l'après accouchement? SI OUI: Quels sont les signes que vous connaissez?	SAIGNEMENTS ABONDANT..... A FIEVRE..... B PLAIES GENITALES..... AUCUN..... C Y	
127	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, est-ce que le prestataire a parlé de l'importance de l'allaitement exclusif ?—c'est-à-dire, au sujet de ne donner à votre bébé rien que du lait maternel ?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	→129
128	Pendant combien de mois le prestataire vous a conseillé d'allaiter exclusivement votre enfant au sein, c'est-à-dire, que vous ne devez donner à votre bébé ni liquide ni nourriture en plus de votre lait ?	ENTRE 4 A 6 MOIS 1 6 MOIS 2 AUTRE 6 NSP 8	
129	Durant cette visite ou lors de visites précédentes, le prestataire vous a-t-il parlé de l'utilisation de la planification familiale après la naissance de votre bébé?	OUI, SEULEMENT CETTE VISITE 1 OUI, CETTE VISITE ET LA PRECEDENTE 2 OUI, VISITE PRECEDENTE SEULEMENT 3 NON 4 NSP 8	

2. Satisfaction Cliente

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A			
	Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services des consultations pré-natales.					
201	<p>Combien de temps avez-vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?</p> <p>ESSAYEZ DE DÉTERMINER LE TEMPS D'ARRIVÉE DE LA CLIENTE DANS LA STRUCTURE ET QUAND LA STRUCTURE OUVRE POUR LES SERVICES. NOUS SOMMES INTERESSÉS AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DE LA STRUCTURE</p>	<p>MINUTES</p> <table style="margin-left: 20px; border: 1px solid black; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> <p>A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 NE SAIT PAS 998</p>				
202	Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui; et si oui, s'il était un grand problème ou un problème mineur pour vous.					
		<u>PAS DES PROBLE</u> <u>GRAND</u> <u>MINEUR</u> <u>MES</u> <u>NSP</u>				
01	Le temps d'attente	1 2 3 8				
02	La capacité de discuter des problèmes ou des soucis concernant votre grossesse avec le prestataire	1 2 3 8				
03	La quantité d'explication que vous avez reçue au sujet de votre grossesse ou autres problèmes.	1 2 3 8				
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée	1 2 3 8				
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation	1 2 3 8				
06	La disponibilité des médicaments dans la formation	1 2 3 8				
07	Les heures de service dans cette formation	1 2 3 8				
08	Le nombre de jours de services mis à votre disposition	1 2 3 8				
09	La propreté de la formation sanitaire	1 2 3 8				
10	Comment le personnel vous a traité	1 2 3 8				
11	Le coût des services ou du traitement	1 2 3 8				
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cet établissement ?	OUI 1 NON 2 NSP 8				
204	Vous a-t-on demandé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	OUI 1 NOI 2	→ 206			

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cet établissement aujourd'hui ?	MONTANT TOTAL NSP 999998	
206	Est-ce que c'est l'établissement de santé le plus proche de chez vous ?	OUI 1 NON 2 NSP 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à l'établissement le plus proche de chez vous ? SI LA PATIENTE MENTIONNE PLUSIEURS RAISONS, INSISTEZ POUR SAVOIR LA RAISON PRINCIPALE	TEMPS DE TRAVAIL PAS COMMODE 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER ANONYME 05 C'EST PLUS CHER 06 REFERENCE 07 AUTRE 96 NSP 98	
208	En général, laquelle de ces attestations décrivent le mieux votre opinion sur les services que vous avez reçu dans cette structure aujourd'hui LIRE TOUTES LES ATTESTATIONS ET EN CHOISIR UNE SEULE	01) JE SUIS TRES SATISFAITE DES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE DES SERVICES RECUS 3	
209	Pouvez-vous recommander cette structure à un ami ou un membre de famille?	OUI 1 NOI 2 NSP 8	

3. Caractéristiques Personnelles de la Cliente

NO.	QUESTIONS	CODE	ALLEZ A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEE NSP	<input type="text"/> <input type="text"/> 98
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NOI 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint? ADAPTEZ SELON LE SYSTEME DU PAYS	PRIMAIRE 1 POST PRIMAIRE/TECHNIQUE 2 SECONDAIRE 3 SUPERIEUR 4 UNIVERSITAIRE 5	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE SEULEMENT 1 OUI, LIRE ET ECRIRE 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<p>Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !</p>		
<p>Commentaires de l'enquêteur :</p>			

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

INTERVIEW DE SORTIE DE LA CLIENTE DE LA PLANIFICATION FAMILIALE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

NUMERO DE LA STRUCTURE

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

--	--

CODE DU CLIENT (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--	--

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

Date:

JOUR

--	--

MOIS

--	--

ANNEE

2 0 2

Nom de l'enquêteur :

CODE DE L'ENQUETEUR

--	--	--	--

1. Informations sur la visite - PLANIFICATION FAMILIALE

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A												
	<p>LIRE AU(A LA) CLIENT (E): Bonjour, je suis _____ . Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons [AGENCE D'EXECUTION]. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des structures sanitaires dans [PAYS]. Afin d'améliorer les services qu'offre cette formation, nous voudrions vous poser quelques questions sur votre consultation d'aujourd'hui.</p> <p>Veuillez savoir que la participation à cette interview est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez à n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête seront fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date de consultation ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'interview, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser? Etes-vous d'accord de commencer l'interview ?</p>	<table border="1" style="margin: auto;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="width: 25px; height: 25px; background-color: black; color: white; text-align: center;">2</td> <td style="width: 25px; height: 25px; background-color: black; color: white; text-align: center;">0</td> <td style="width: 25px; height: 25px; background-color: black; color: white; text-align: center;">2</td> </tr> <tr> <td style="width: 25px; text-align: center;">JOUR</td> <td style="width: 25px; text-align: center;">MOIS</td> <td colspan="4" style="width: 150px; text-align: center;">ANNEE</td> </tr> </table>				2	0	2	JOUR	MOIS	ANNEE				
			2	0	2										
JOUR	MOIS	ANNEE													
	Signature de l'enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)														
100	Puis-je commencer l'interview?	OUI 1 NON 2	FIN												
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW	<input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black; margin-right: 5px;" type="text"/> : <input style="width: 25px; height: 25px; border: 1px solid black;" type="text"/>													
102	ENREGISTREZ LE SEXE DU REONDANT	MASCULIN 1 FEMININ 2													
103	Faisiez-vous quelque chose pour éviter une grossesse avant que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	105												
104	Avez-vous utilisé une méthode de planification familiale ou avez-vous pris des mesures pour empêcher une grossesse à tout moment durant les 6 derniers mois ?	OUI 1 NON 2	112												
105	Quelle est la (dernière) méthode que vous utilisez ? SI DES CONDOMS ÉTAIENT UTILISÉS EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES. SONDEZ	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIÉ)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (MÉTHODE DES JOURS FIXES)..... K MÉTHODES NATURELLES (ABSTINENCE PÉRIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATURE DES TROMPES)..... N ALLAITEMENT (MAMA) O AUTRE _____ X (SPECIFIER)													

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
106	Le prestataire vous a-t-il demandé aujourd'hui si vous aviez (ou avez eu) un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	
107	Aviez-vous eu (avez-vous eu) un problème avec la méthode ?	OUI 1 NON 2	→ 110
108	Aviez-vous fait mention de ce problème au prestataire pendant la consultation?	OUI 1 NON 2	
109	Le prestataire vous a-t-il suggéré des actions que vous devriez entreprendre pour résoudre le problème ?	OUI 1 NON 2	
110	Quels étaient les résultats de cette visite -- avez-vous décidé de continuer (recommencer) la même méthode ou de changer de méthode ?	CONTINUER AVEC OU RECOMMEN. MEME. METH. 1 CHANGER DE METHODE..... 2 ARRETER UTILISATION (EN RAISON DE PROBLEMES) 3 ARRETER UTILISATION (PERSONNEL-PAS DE PROB.) 4	→ 201
111	Avez-vous pensé de changer de méthodes, avant de venir ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 113 → 115
112	Avez-vous pensé à la méthode de planification familiale que vous alliez utiliser avant que vous ne veniez ici aujourd'hui ?	OUI 1 NON 2	→ 115
113	Quelle était cette méthode? SI LA CLIENTE MENTIONNE LES CONDOMS EN COMBINAISON AVEC UNE AUTRE MÉTHODE, ENCERCLEZ LES DEUX MÉTHODES.	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIÉ)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (MÉTHODE DES JOURS FIXES)..... K MÉTHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATION DES TROMPES)..... N ALLAITEMENT (MAMA) O AUTRE _____ X (SPECIFIER)	
114	Le prestataire vous a-t-il parlé des méthodes que vous venez de mentionner?	OUI 1 NON 2	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
115	<p>De quelles (autres) méthodes de planification familiale le prestataire vous a-t-il parlé?</p> <p>ENCERCLEZ TOUTES LES METHODES MENTIONNEES</p>	PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATION DES TROMPES).... N ALLAITEMENT (MAMA) O AUTRE _____ X (SPECIFIER)	
116	<p>Quelle méthode de planification familiale avez-vous reçue ou pour laquelle avez-vous obtenue une prescription ou une référence ?</p> <p>ENCERCLEZ TOUTES LES MÉTHODES QUE LA CLIENTE A REÇUES (REC) OU POUR LESQUELLES ELLE A EU UNE PRESCRIPTION OU UNE RÉFÉRENCE (PRES).</p> <p>SI LA CLIENTE CONTINUE D'UTILISER UNE MÉTHODE ANTÉRIEURE ET N'A REÇU NI MÉTHODE, NI PRESCRIPTION, NI RÉFÉRENCE A CETTE VISITE, ENCERCLEZ LE CODE "Y".</p> <p>VÉRIFIEZ LE PAQUET OU LA PRESCRIPTION POUR CONFIRMER LE TYPE DE PILLULE OU D'INJECTION</p> <p>[PASSEZ A 201 SI LES DEUX "Z" SONT ENCERCLES, CAD NI METHODE REÇUE NI PRESCRITE] AUTREMENT CONTINUEZ A Q117</p>	PRES PILULE COMBINEE..... A PILULE PROGEST. SEUL..... B PIL. (TYPE NON SPECIFIE)..... C INJ. NORIGYNON (1M)..... D INJ. DEPO PROVERA (2-3M)..... E CONDOM MASCULIN..... F CONDOM FEMININ..... G DIU..... H IMPLANT..... I PILULE DU LENDEMAIN J COLLIER DU CYCLE (METHODE DES JOURS FIXES)..... K METHODES NATURELLES (ABSTINENCE PERIODIQUE) L STERILISATION MASCULINE (VASECTOMIE) M STERILISATION FEMININE (LIGATION DES TROMPES).... N ALLAITEMENT (MAMA) O AUTRE _____ X (SPECIFIER) CONTINUE LA METHODE DE Q105 . Y PAS DE METHODE. Z 	REC A B C D E F G H I J K L M N O X Y Z 201
117	Pendant votre consultation, le prestataire a-t-il :	OUI	NON
01	Expliqué comment utiliser la méthode?	COMMENT UTILISER	1 2 8
02	Parlé des effets secondaires possibles?	PARLE EFF. SECOND.	1 2 8
03	Dit quoi faire si vous aviez des problèmes ?	QUOI FAIRE SI PROBLEME	1 2 8
04	Dit quand revenir pour le suivi ?	DIT QUAND REVENIR	1 2 8

NO.	QUESTIONS		CODES	ALLER A
118	MARQUEZ CI-DESSOUS LA MÉTHODE ENCERCLÉE A LA QUESTION 116. PUIS, POSEZ A LA CLIENTE LA QUESTION LIÉE À CETTE MÉTHODE.			
A	PILULE (N'IMPORTE LAQUELLE)	Combien de fois pouvez-vous prendre la pilule?	UNE FOIS PAR JOUR..... 1 AUTRE 2 NSP 8	
B	CONDOM (MASCULIN)	Combien de fois pouvez-vous utiliser le même condom ?	UNE FOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
C	CONDOM (FEMININ) [ADAPTE AU PAYS, DEPEND DU TYPE DE CONDOM FEMININ DISPONIBLE]	Quel type de lubrifiant pouvez-vous employer avec le condom féminin ?	TOUTE HUILE OU LUBRIFIANT 1 AUTRE 2 NSP 8	
D	DIU/STERILET	Que pouvez-vous faire pour vous assurer que votre DIU (Stérilet) est bien en place?	VERIFIER LE FIL 1 AUTRE 2 NSP 8	
E	PROGESTATIFS INJECT. (EX. DEPO-PROVERA, SAYANA)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	2-3 MOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
F	INJECTION MENSUEL (NORIGYNON)	Quelle est la durée de protection de l'injection contre la grossesse ?	1 MOIS 1 AUTRE 2 NSP 8	
G	IMPLANT [ADAPTE AU PAYS, DEPEND DU TYPE D'IMPLAN DISPONIBLE]	Quelle est la durée de pro- tection de votre implant contre la grossesse?	3-5 ANS 1 AUTRE 2 NSP 8	
H	METHODE NATURELLE (RHYTHME/ ABSTINENCE PERIODIQUE/COLIER DU CYCLE)	Comment reconnaissiez- vous les jours où vous ne devriez pas avoir de rapports sexuels ?	ELEVATION DE LA TEMPERATURE CORPORELLE A GLAIRE CERVICALE DANS LE VAGIN B JOURS 12-16 DU CYCLE MENST... C JOURS DES PERLES BLANCHES DU COLLIER/JOURS 8-19 DU CYCLE MENSTRUEL D AUTRE X NSP Z	
I	VASECTOMIE	Combien de temps devrez- vous attendre après la vasectomie pour être sûre que vous ne pouvez plus rendre une femme enceinte?	PROTECTION IMMEDIATE 1 1-3 MOIS 2 SEULEMENT APRES 3 MOIS OU 30 EJACULATIONS 3 NSP 8	
J	LIGATION DES TROMPES	Combien de temps devrez- vous attendre après la ligature des trompes pour être sûre que vous ne pouvez plus tomber enceinte?	PROTECTION IMMEDIATE 1 1-3 MOIS 2 SEULEMENT APRES 3 MOIS 3 NSP 8	
K	MAMA	Pouvez- vous utiliser cette methode si votre cycle menstruel reprend?	OUI 1 NON 2 NSP 8	
119	La [Méthode] protège-t-elle contre des infections sexuellement transmissibles (IST) et le VIH/SIDA ? CITEZ LA METHODE COCHEE AU 116		OUI 1 NON 2 NSP 8	

2. Satisfaction de la cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A								
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services de planification familiale.</p>											
201	<p>Combien de temps avez-vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?</p> <p>ESSAYEZ DE DÉTERMINER LE TEMPS D'ARRIVÉE DE LA CLIENTE DANS LA STRUCTURE ET QUAND LA STRUCTURE OUVRE POUR LES SERVICES.</p> <p>NOUS SOMMES INTERESSÉS AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DE LA STRUCTURE</p>	<p>MINUTES</p> <table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> <td style="border: 1px solid black; width: 25px; height: 25px;"></td> </tr> </table> <p>A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000</p> <p>NSP . 998</p>									
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les clientes rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">PAS DE PROB-</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">GRAND</td> <td style="text-align: center;">PETIT</td> <td style="text-align: center;">LEME</td> <td style="text-align: center;">NSP</td> </tr> </table>				PAS DE PROB-			GRAND	PETIT	LEME	NSP
	PAS DE PROB-										
	GRAND	PETIT	LEME	NSP							
01	Le temps d'attente	1 2 3 8									
02	La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant votre méthode de PF avec le prestataire?	1 2 3 8									
03	Les explications que vous avez reçues sur les méthodes de planification familiale	1 2 3 8									
04	L'intimité par rapport à d'autres qui vous voient en train d'être examinée.	1 2 3 8									
05	L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation.	1 2 3 8									
06	La disponibilité des médicaments ou des méthodes de planification familiale dans la structure	1 2 3 8									
07	Les heures de service dans cette structure	1 2 3 8									
08	Le nombre de jours de consultation mis à votre disposition .	1 2 3 8									
09	La propreté de la structure	1 2 3 8									
10	La manière dont le personnel vous a traité	1 2 3 8									
11	Le coût des services ou du traitement	1 2 3 8									
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paye pour vous en partie ou la totalité des services que vous recevez dans cette structure ou tout autre structure?	<p>OUI. 1</p> <p>NON 2</p> <p>NSP. 8</p>									
204	Vous a-t-on facturé, ou avez-vous payé quelque chose pour des services reçus aujourd'hui ?	<p>OUI. 1</p> <p>NON 2</p>	→ 206								

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette structure aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> NSP 999998	
206	Est-ce que cette structure est la plus proche de chez vous ?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	→ 208 → 208
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allée à la structure la plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDEZ POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	HEURES DE SERVICE PAS COMMODES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL ...03 PAS DE MEDICAMENTS .....04 PREFERE RESTER ANONYME 05 C'EST PLUS CHER 06 REFERENCE/TRANSFERT .....07 AUTRE .....96 NSP .....98	
208	En général, laquelle des assertions suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services reçus ou fournis dans cette structure aujourd'hui. LIRE TOUTES LES ASSERTIONS, CHOISIR UN SEUL 01) JE SUIS TRES SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS .....1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS .....3		
209	Pourriez-vous recommander cette structure à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI. 1 NON 2 NSP. 8	

3. Caractéristiques personnelles de la cliente

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES NSP.....	<input type="text"/> <input type="text"/> 98
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau d'instruction que vous avez atteint? ADAPTER AU SYSTEME DU PAYS	PRIMAIRE..... 1 SECONDAIRE..... 2 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE.. 3	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET Ecrire .. 1 OUI, LIRE SEULEMENT .. 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
	<p>Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !</p>		
<p>Commentaires de l'enquêteur:</p>			

THE DHS PROGRAM - ENQUÊTE SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

INTERVIEW DE SORTIE DE L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT MALADE

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE SANITAIRE

NUMERO DE LA STRUCTURE

--	--	--	--	--

NUMERO DE SERIE (NS) DU PRESTATAIRE
[DE LA LISTE DE PERSONNEL]

--	--

CODE DE L'ENFANT MALADE (A PARTIR DE LA LISTE DES CLIENTS)

--	--	--

INFORMATION SUR L'INTERVIEW

Date:

JOUR			
MOIS			
ANNEE	2	0	2

Nom de l'enquêteur : _____

CODE DE L'ENQUETEUR

1. Informations sur la Visite

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A														
	<p>A LIRE A L'ACCOMPAGNATEUR: Bonjour, je suis _____. Comme mon collègue l'avait mentionné, nous représentons [AGENCE D'EXECUTION]. Nous menons une enquête sur les services de santé au niveau des formations sanitaires dans [PAYS]. Afin d'améliorer les services qu'offre cette structure, nous voudrions vous poser quelques questions sur la consultation dont votre enfant a bénéficié aujourd'hui.</p> <p>Sachez que la participation à cette interview est complètement volontaire et n'affectera en rien les services que vous recevrez pendant n'importe quelle visite future. Vous pouvez refuser de répondre à n'importe quelle question, et vous pouvez arrêter l'interview à tout moment.</p> <p>Les informations de cette enquête peuvent être fournies aux chercheurs pour des analyses, mais ni votre nom ni la date de consultation ne seront divulgués, ainsi votre identité demeurera complètement confidentielle. Si, à un moment quelconque, vous préféreriez qu'on arrête l'interview, je vous prie de me le dire.</p> <p>Avez-vous des questions à me poser ? Ai-je votre permission de continuer l'interview ?</p>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td>2</td><td>0</td><td>2</td></tr> <tr><td style="text-align: center;">JOUR</td><td style="text-align: center;">MOIS</td><td colspan="5" style="text-align: center;">ANNEE</td></tr> </table>					2	0	2	JOUR	MOIS	ANNEE					
				2	0	2											
JOUR	MOIS	ANNEE															
	Signature de l'enquêteur (indique que le consentement du répondant a été demandé)																
100	Puis-je commencer l'interview?	CLIENT ACCEPTE CLIENT REFUSE	1 2 → FIN														
101	ENREGISTREZ L'HEURE DU DEBUT DE L'INTERVIEW.....	□ □ : □ □															
102	Quel est le nom de l'enfant malade?	NOM _____															

1.1. AGE DE L'ENFANT

103	En quel mois et quelle année est né [NOM]?	MOIS NE SAIT PAS MOIS..... 98 ANNEE..... NE SAIT PAS ANNEE..... 9998	
104	Quel est l'âge de [NOM] en mois (révolus)?	AGE EN MOIS NE SAIT PAS MOIS..... 98	

1.2. SIGNES ET SYMPTOMES DE LA MALADIE ACTUELLE

105	[NOM] avait-il (elle) eu de la fièvre au cours de cette maladie ou à n'importe quel moment au cours des deux jours passés?	OUI 1 NON..... 2	
106	[NOM] a-t-il (elle) fait une convulsion au cours de cette maladie?	OUI 1 NON..... 2	
107	[NOM] a-t-il(elle) eu une toux ou des difficultés à respirer au cours de cette maladie?	OUI 1 NON..... 2	
108	[NOM] peut-il(elle) boire, manger ou teter ?	OUI 1 NON..... 2	
109	[NOM] a-t-il (elle) tout vomit après avoir mangé ou téte au cours de cette maladie?	OUI 1 NON..... 2	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A		
110	[NOM] dort-il (elle) trop au cours de cette maladie?	OUI 1 NON..... 2			
111	[NOM] avait-il (elle) fait des selles liquides et très abondantes au cours de cette maladie ou a n'importe quel moment au cours des deux derniers jours?	OUI 1 NON..... 2			
112	Pour quelle autre raison avez-vous amené [NOM] dans cette FOSA aujourd'hui? INSISTEZ : QUOI D'AUTRE ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST MENTIONNE	PROBLEMES AUX OREILLES A AFFECTION DE LA PEAU B BLESSURE C PROBLEMES D'YEUX D AUTRES X SPECIFIER PAS D'AUTRE RAISON Y			
113	[NOM] a-t-il(elle) déjà été(e) amené(e) dans cette FOSA avant cette maladie? SI OUI, DEMANDEZ Quand avez-vous amené [NOM] dans cette FOSA pour la dernière fois avant cette maladie?	AU COURANT DE LA SEMAINE EN COURS 0 AU COURS DE LA SEMAINE PASSEE 1 AU COURS DES 2-4 SEMAINES PASSEES 2 IL Y A PLUS DE 4 SEMAINES 3 NON 4 NSP 8			
114	Depuis combien de jours la maladie pour laquelle vous avez amené [NOM] aujourd'hui a commencé? SI MOINS D'UN JOUR, METTEZ 00	NBRE JOUR <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 25px; height: 25px;"></td><td style="width: 25px; height: 25px;"></td></tr></table> NSP 8			
1.3. INFORMATION FOURNIE A L'ACCOMPAGNATEUR DE L'ENFANT					
115	Est-ce que le prestataire vous a dit de quelle maladie souffrait [NOM]?	OUI 1 NON..... 2 NSP..... 8			
116	Ets-ce que le prestataire vous a dit ce que vous feriez si [NOM] ne guerit pas ou son etat s'aggrave?	RETOURNER A LA STRUCTURE 01 ALLER A UNE AUTRE STRUCTURE 02 ALLER CHEZ UN AUTRE PRESTATAIRE OU PHARMACIEN 03 ALLER CHEZ LE GUERRISSEUR TRADITIONNEL 04 RIEN, ATTENDRE SEULEMENT . 05 N'A RIEN DIT 08 NE SAIT PAS 88			
117	Le prestataire vous a-t-il parlé au sujet de signes ou symptômes que vous pouvez voir et pour lesquels vous devez immédiatement ramener l'enfant ? SI OUI, QUELS SONT LES SIGNES? SI NECESSAIRE, INSISTEZ : Y a-t-il de sérieux symptômes ou signes de danger pour lesquels on vous a dit de ramener [NOM] immédiatement ?	FIEVRE..... A PROBLEMES RESPIRATOIRES.. B DEVIENT PLUS MALADE..... C SANG DANS LES SELLES..... D VOMISSEMENT..... E FAIBLE/NE MANGE PAS..... F FAIBLE/NE BOIT PAS..... G CONVULSION H AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON, AUCUN..... Y NE SAIT PAS..... Z			

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
118	<p>Le prestataire vous a-t-il dit quelque chose sur quand ramener [NOM] de nouveau à la formation sanitaire pour le suivi ou raisons non-urgentes ?</p> <p>SI OUI: Pourquoi devriez-vous revenir ?</p>	<p>PLUS DE MEDICAMENTS..... A SI SYMPTOMES PERSISTENT OU L'ETAT S'AGGRAVE..... B RENDEZ-VOUS DE SUIVI..... C SUPPLEMENTATION EN VIT A D RESULTATS DE LABORATOIRE E ENFANT HOSPITALISE..... F VACCINATION DE ROUTINE..... G AUTRE _____ X (SPECIFIER) NON..... Y NE SAIT PAS..... Z</p>	

1.4. TRAITEMENT ET APTITUDE DE L'ACCOMPAGNATEUR A SUIVRE LES INSTRUCTIONS

119	<p>Le prestataire vous a-t-il donné ou prescrit des médicaments pour [NOM] à prendre à la maison ?</p>	<p>OUI, A DONNE MEDICAMENTS... 1 OUI, A DONNE ORDONNANCE... 2 A DONNE MEDICAMENTS ET ORDONNANCE..... 3 NON..... 4</p>	→ 124
120	<p>DEMANDEZ À VOIR TOUS LES MÉDICAMENTS QUE L'ACCOMPAGNATEUR A REÇUS ET TOUT CE QUI EST SIMPLEMENT PRESCRIT SUR LES ORDONNANCES ET NON ACQUIS.</p> <p>ENCERCLEZ LA RÉPONSE DÉCRIVANT LES MÉDICAMENTS ET PRESCRIPTIONS QUE VOUS VOYEZ.</p>	<p>A LES MEDICAMENTS..... 1 A CERTAIN. MEDS, CERTAINES PRESCRIP. NON ACQUISES... 2 AUCUN MÉDICAMENT VU, DES PRESCRIP. SEULEMENT..... 3</p>	
121	<p>Est-ce que le prestataire dans la formation sanitaire vous a expliqué comment donner ces médicaments à [NOM] à la maison ?</p> <p>SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE A LA FIN DE L'INTERVIEW</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8</p>	
122	<p>Est-ce que vous êtes sûr de la façon d'administrer ces médicaments ; en d'autres termes, combien vous allez donner à [NOM] de chacun de ces médicaments par jour ?</p> <p>SI CODE « 2 » OU « 8 » DITES À L'ACCOMPAGNATEUR DE RETOURNER VOIR LE PRESTATAIRE A LA FIN DE L'INTERVIEW</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8</p>	
123	<p>Est-ce qu'une dose de l'un de ces médicaments a déjà été donnée à [NOM] ici même au service ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE SAIT PAS 8</p>	
124	<p>Est-ce que [NOM] a reçu une injection aujourd'hui, ici même, pour traiter la maladie ?</p> <p>SI NON, VERIFIEZ LES PRESCRIPTIONS ET ENREGISTREZ S'IL Y A UNE PRESCRIPTION POUR UNE INJECTION.</p>	<p>OUI, RECU INJECTION..... 1 OUI, RECU PRESCRIPTION POUR INJECTION..... 2 NON..... 3 NE SAIT PAS 8</p>	
125	<p>Est-ce que quelqu'un de la formation sanitaire a pesé [NOM] aujourd'hui ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	
126	<p>Est-ce que le prestataire vous a parlé aujourd'hui au sujet du poids de [NOM] et comment [NOM] se développe ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2</p>	
127	<p>Est-ce qu'un prestataire vous a interrogé aujourd'hui au sujet des types de nourritures et des quantités que vous donnez normalement à [NOM] quand il n'est pas malade ?</p>	<p>OUI..... 1 NON..... 2 NE PEUT PAS SE RAPPELER.. 8</p>	

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
128	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit à propos des aliments solides à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB..... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 5 NE SE RAPPELLE PAS/NSP 8	
129	Qu'est-ce que le prestataire vous a dit à propos des liquides (ou du lait maternel, si l'enfant est allaité) à donner à [NOM] pendant cette maladie ?	DONNER MOINS QUE D'HAB..... 1 DONNER MEME QUE D'HAB..... 2 DONNER PLUS QUE D'HAB..... 3 NE RIEN DONNER/ NE PAS ALIMENTER..... 4 N'A RIEN DIT..... 5 NE SE RAPPELLE PAS/NSP 8	
130	Est-ce qu'un vaccin a été donné à [Nom] aujourd'hui? SI OUI, DEMANDEZ A VOIR LA CARTE DE VACCINATION DE L'ENFANT. INDIQUEZ SI LA CARTE PROUVE QUE L'ENFANT A ÉTÉ VACCINÉ AUJOURD'HUI	OUI..... 1 RAPPORTE, PAS VU 2 NON..... 3 NE SAIT PAS 4	

1.5. REFERENCE

131	Est-ce que le prestataire vous a dit d'amener [NOM] chez un autre prestataire ou au laboatoire dans cette FOSA pour faire un prelevement de sang pour des tests de laboratoire?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134		
132	Avez-vous amener [NOM] chez l'autre prestataire ou au laboratoire?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 134		
133	Vous a-t-on donne le resultat du test qui a ete fait?	OUI..... 1 NON..... 2			
134	Est-ce que le prestataire vous a dit d'aller à une autre formation sanitaire, chez un autre prestataire, pour un test de laboratoire ou pour davantage de soins pour votre enfant ?	OUI..... 1 NON..... 2	→ 136		
135 01	Est-ce qu'on vous a donné un document ou une note pour cette référence ?	OUI 1	NON 2	NSP 8	
02	Est-ce qu'on vous a dit où aller pour la référence ?	1	2	8	
03	Est-ce qu'on vous a dit qui voir pour la référence ?	1	2	8	
04	Est-ce qu'on vous a dit pourquoi vous a-t-on référé?	1	2	8	
136	Avez-vous amené [Nom] chez un autre agent de santé, un guérisseur traditionnel ou une autre personne avant de venir ici ? SI OUI, DEMANDEZ A qui et où l'avez-vous amené? ENCERCLEZ TOUT CE QUI EST CITE.	OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS CETTE STRUCTURE A OUI, AUTRE PRESTATAIRE DANS UNE AUTRE STRUCTURE..... B OUI, GUERISSEUR TRADITIO.... C OUI, EGLISE/PASTEUR D NON..... Y			

2. Satisfaction de l'accompagnateur de l'enfant

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A																																																																	
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur les services que vous avez reçus aujourd'hui. Je voudrais avoir votre avis sincère au sujet de choses à propos desquelles nous allons parler. Ces informations aideront à améliorer les services des soins pour enfant malade.</p>																																																																				
201	<p>Combien de temps avez-vous attendu entre le moment de votre arrivée à ce service et le moment où vous avez pu voir le prestataire pour la consultation?</p> <p>ESSAYEZ DE DÉTERMINER LE TEMPS D'ARRIVÉE NSP DE LA CLIENTE DANS LA STRUCTURE ET QUAND LA STRUCTURE OUVRE POUR LES SERVICES.</p> <p>NOUS SOMMES INTERESSES AU TEMPS D'ATTENTE DEPUIS L'HEURE D'OUVERTURE NORMALE DE LA STRUCTURE</p>	<p>MINUTES <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p> <p>A VU PRESTATAIRE IMMEDIATEMENT 000 998</p>																																																																		
202	<p>Maintenant je vais m'enquérir de quelques problèmes communs que les patients rencontrent dans les formations sanitaires. A chaque fois que je mentionne l'un d'entre eux, dites-moi SVP, s'il était un problème pour vous aujourd'hui ; et si oui, s'il était un <u>grand</u> problème ou un <u>petit</u> problème pour vous.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="4">PAS DE PROB-</th> </tr> <tr> <th></th> <th>GRAND</th> <th>PETIT</th> <th>LEME</th> <th>NSP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>01 Le temps d'attente</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>02 La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant la maladie de [Nom] avec le prestataire</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>03 Les explications que vous avez reçues sur la maladie ou traitement.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient [Nom] en train d'être examiné.</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation de [Nom].</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>06 La disponibilité des médicaments dans la structure</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>07 Les heures de service dans cette structure</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>08 Le nombre de jours de services mis à votre disposition .</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>09 La propreté de la structure</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>10 Comment le personnel vous a traité</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> <tr> <td>11 Le coût des services ou du traitement</td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td>8</td> </tr> </tbody> </table>				PAS DE PROB-					GRAND	PETIT	LEME	NSP	01 Le temps d'attente	1	2	3	8	02 La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant la maladie de [Nom] avec le prestataire	1	2	3	8	03 Les explications que vous avez reçues sur la maladie ou traitement.	1	2	3	8	04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient [Nom] en train d'être examiné.	1	2	3	8	05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation de [Nom].	1	2	3	8	06 La disponibilité des médicaments dans la structure	1	2	3	8	07 Les heures de service dans cette structure	1	2	3	8	08 Le nombre de jours de services mis à votre disposition .	1	2	3	8	09 La propreté de la structure	1	2	3	8	10 Comment le personnel vous a traité	1	2	3	8	11 Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8
	PAS DE PROB-																																																																			
	GRAND	PETIT	LEME	NSP																																																																
01 Le temps d'attente	1	2	3	8																																																																
02 La capacité de discuter des problèmes ou des préoccupations concernant la maladie de [Nom] avec le prestataire	1	2	3	8																																																																
03 Les explications que vous avez reçues sur la maladie ou traitement.	1	2	3	8																																																																
04 L'intimité par rapport à d'autres qui voient [Nom] en train d'être examiné.	1	2	3	8																																																																
05 L'intimité par rapport à d'autres qui écoutent votre discussion relative à la consultation de [Nom].	1	2	3	8																																																																
06 La disponibilité des médicaments dans la structure	1	2	3	8																																																																
07 Les heures de service dans cette structure	1	2	3	8																																																																
08 Le nombre de jours de services mis à votre disposition .	1	2	3	8																																																																
09 La propreté de la structure	1	2	3	8																																																																
10 Comment le personnel vous a traité	1	2	3	8																																																																
11 Le coût des services ou du traitement	1	2	3	8																																																																
203	Avez-vous une assurance ou un programme semblable, ou un arrangement institutionnel qui paie pour vous en partie ou en totalité des services que vous recevez dans cette structure ou tout autre structure?	OUI. 1 NON 2 NSP..... 8																																																																		
204	Vous a-t-on facturé, ou avez-vous payé quelque chose pour les services reçus aujourd'hui ?	OUI. 1 NON 2	→ 206																																																																	

205	Quel est le montant total que vous avez payé pour tous les services ou traitements que vous avez reçus dans cette structure aujourd'hui ?	SOMME TOTALE <table border="1" style="display: inline-table;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> NSP 999998							
206	Est-ce que c'est la structure la plus proche de chez vous ?	OUI. 1 NON 2 NSP..... 8	→ 208 → 208						
207	Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'êtes pas allé à la structure la plus proche de chez vous ? S'IL Y A PLUSIEURS RAISONS, SONDER POUR LA RAISON PRINCIPALE OU LA PLUS IMPORTANTE.	LES HEURES DE SERVICE PAS COMMODES 01 MAUVAISE REPUTATION 02 N'AIME PAS LE PERSONNEL 03 PAS DE MEDICAMENTS 04 PREFERE RESTER DANS L'ANONYMAT 05 C'EST PLUS CHER 06 A ETE REFEREE/TRANSFEREE 07 AUTRE..... 96 NSP 98							
208	En general, laquelle des assertions suivantes décrit le mieux votre opinion sur les services reçus ou fournis dans cette structure aujourd'hui. LIRE TOUTES LES ASSERTIONS, CHOISIR UNE SEULE 01) JE SUIS TRES SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 1 02) JE SUIS PLUS OU MOINS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 2 03) JE NE SUIS PAS SATISFAITE AVEC LES SERVICES RECUS 3								
209	Pourriez-vous recommander cette structure à un ami ou à un membre de votre famille?	OUI. 1 NON 2 NSP..... 8							

3. Caractéristiques personnelles de l'accompagnateur

NO.	QUESTIONS	CODES	ALLER A
<p>Maintenant je vais vous poser quelques questions sur vous-même. Je voudrais avoir de votre part des réponses sincères car ces informations nous aideront à améliorer les services.</p>			
301	Quel est votre lien de parenté avec [NOM]?	MERE 1 PERE 2 FRERE/SŒUR..... 3 TANTE OU ONCLE..... 4 GRAND-MERE/PERE 5 AUTRE _____ 6 (SPECIFIER)	
302	Quel était votre âge à votre dernier anniversaire?	AGE EN ANNEES <input type="text"/> <input type="text"/> NSP..... 98	
303	Avez-vous déjà fréquenté l'école (formelle)?	OUI 1 NON 2	→ 305
304	Quel est le plus haut niveau scolaire que vous avez atteint? ADAPTER SELON LE SYSTEME DU PAYS	PRIMAIRE 1 SECONDAIRE 2 SUPERIEUR/UNIVERSITAIRE .. 3	→ 306
305	Savez-vous lire ou écrire?	OUI, LIRE ET ECRIRE 1 OUI, LIRE SEULEMENT 2 NON 3	
306	ENREGISTREZ L'HEURE DE LA FIN DE L'INTERVIEW	<input type="text"/> <input type="text"/> : <input type="text"/> <input type="text"/>	
	Merci infiniment d'avoir pris de votre temps pour répondre à mes questions. De nouveau, n'importe quelle information que vous avez fournie sera maintenue complètement confidentielle. Merci encore et bonne journée !		
Commentaires de l'enquêteur: 			